



Número: **0812415-84.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **25ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **02/04/2020**

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	
FABIO DE LIMA MOURA (AUTOR)		FELIPPE DE QUEIROZ BESSA BANDEIRA LEITE (ADVOGADO)	
Porto Seguro Companhia de Seguros Gerais (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
62818465	16/11/2020 18:17	2765860_CONTESTACAO_Anexo_04	Outros documentos

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO DE LIMA MOURA**

Nº Sinistro: **3180257075**

Vítima: **FABIO DE LIMA MOURA**

Data do Acidente: **01/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180257075**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Carta nº 12923104

Pag. 00471/00472 - carta_01 - INVALIDEZ

00030236



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Carta nº: 13012891

A/C: FABIO DE LIMA MOURA

Nº Sinistro: 3180257075
Vitima: FABIO DE LIMA MOURA
Data do Acidente: 01/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO

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: FABIO DE LIMA MOURA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001953

Conta: 0000010220-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

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. 01641/01642 - carta_15R - INVALIDEZ

00020821



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: 080.936.154-07 CPF da Vítima: 080.936.154-07 Nome completo da vítima: FABIO DE LIMA MOURA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: FABIO DE LIMA MOURA CPF titular da conta: 080.936.154-07 Profissão: TRABALHADOR
Endereço: RUA ZHAUDIM Número: 348 Complemento: CASA
Bairro: PAJUCARA Cidade: NATAL Estado: RN CEP: 59000-001
Email: (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

☒ 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)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1953 D/V 10220 D/V 9
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: CAIXA NRO. 10220 D/V 9
AGÊNCIA NRO. 1953 D/V 10220 D/V 9
(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.

Natal/RN 05 de JUNHO de 2018
Local e Data



Fabio de Lima Moura
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1953 - REIS MAGOS, RN

DATA: 05/06/2018

TERMINAL: 1003

NSU: 000419

HORA: 13:07:15

AUT.: 0017

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1953/013/00.010.220-9

NOME: FABIO DE LIMA MOURA

DEPOSITANTE:

O. M.

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:

~~100,00~~

~~100,00~~

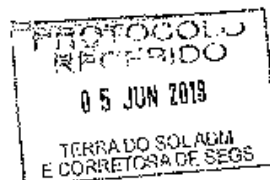
Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726-0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 7257474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente





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

PROTOCOLO
RECEBIDO

05 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM
E CORRETORA DE SEGS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE EXTREMOZ

Endereço: RUA COMANDANTE DIDDIER VIANA, S/N, CONJUNTO ESTRELA DO MAR, EXTREMOZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2018021000497

1.3 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO

1.2 Data de Expedição: 26/03/2018 15:02:33

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 01/02/2018 04:30:00

2.2 Fato: Consumado

2.2 Autoria: Conhecida

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.4 Flagrante: Não

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: S/N

2.7 Logradouro: ESTRADA DA PRAIA DE GENIPABU

2.10 Complemento: ESTRADA DA PRAIA DE GENIPABU

2.9 CEP: 58.575-000

2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIO E FAZENDAS

2.11 Ponto de Referência: RIO DOCE

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.13 Cidade: EXTREMOZ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: FÁBIO DE LIMA MOURA

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.3 Nome Social:

3.4 Pai: JOAO CAVALCANTE DE MOURA

3.5 Etnia: Branca

3.6 Mãe: MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA

3.7 Sexo: MASCULINO

3.8 Orientação Sexual:

3.9 CPF: 09093515407

3.10 Identidade de Gênero:

3.11 Nacionalidade:

3.12 Data de Nascimento: 09/03/1988

3.13 Profissão: AUTONOMO

3.14 RG: 002452720 - ITEP/RN

3.15 Telefone(s): 84 987602536

3.16 Passaporte:

3.17 Número: 548

3.18 Nacionalidade: RIO DE JANEIRO RJ

3.19 Bairro: PAJUSSARA

3.20 E-Mail:

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.22 Logradouro: RUA SHALON

3.23 Cidade: NATAL

3.24 CEP: 53000001

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.2 Seguradora:

7.1.3 Chassi: 9C8KE122090005282

7.1.4 Renavam: 00986210638

7.1.5 Placa: NNN2857

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.7 Marca: YAMAHA

7.1.8 Modelo: FACTOR YBR125 K

7.1.9 Ano do Modelo: 2009

7.1.10 Ano da Fabricação: 2008

7.1.11 Cor do veículo: PRETA

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.14 Número do Motor:

7.1.15 Nome do proprietário: FÁBIO DE LIMA MOURA

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

7.1.17 Nome do condutor: FÁBIO DE LIMA MOURA

7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DCS FATOS

9.1 Histórico

A VÍTIMA COMPARECEU A ESTA D.P. PARA INFORMAR QUE NA DATA DE 01/02/2018, POR VOLTA DAS 04:30 MINUTOS, PILOTAVA SUA MOTO DA PRAIA DE GENIPABU PARA NATAL, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO RIO DOCE, UMA OUTRA MOTO ULTRAPASSOU MESMO E FECHOU, QUE TENTOU DESVIAR, E COLIDIU COM UM VEÍCULO QUE VINHA NO SENTIDO OPÓSTO, QUE FOI SOCORRIDO PELA SAMU ATÉ O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL, E DEPOIS ENCAMINHADO AO HOSPITAL MEMORIAL. NADA MAIS DISSE.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 26/03/2018 15:02:33

Policial

Interessado

Polegar direito

Atendimento: 965006 - VICENTE DA SILVA CRUZ

Impresso por: 965006 - VICENTE DA SILVA CRUZ em 26/03/2018 15:02:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Protocolo: J2018021000497 - Código de autenticação: 96e3ce0d4c19334b323cc7a2f0b7e1871

Página 11



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima FABIO DE LIMA MOURA CPF da Vítima 080.936.151-07 Data do Acidente 04/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal _____ CPF do Representante Legal _____

E-mail _____ Telefone (DDD) _____

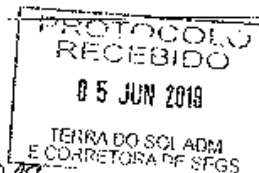
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 51º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



NATAL/RN 05 de JUNHO de 2018
Local e Data

Fabio de Lima Moura
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAEL003 V0001/2017

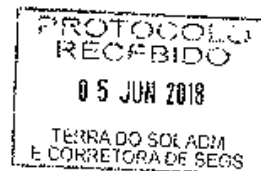




GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN

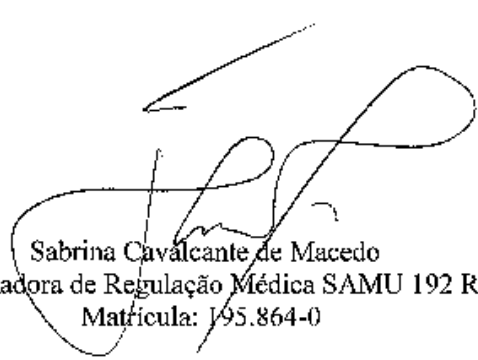


DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins que se fazem necessário,
que foi encontrada a ocorrência de Nº 32961/1 referente a paciente **FABIO DE LIMA**
MOURA, 29 anos, atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU 192
RN, (no dia 01/02/2018) em Estrada de Genipabu- Extremoz/RN. Vítima colisão moto/carro
Conforme ficha anexa.

Natal, 14 de março de 2018.


Sabrina Cavalcante de Macedo
Coordenadora de Regulação Médica SAMU 192 RN
Matrícula: 195.864-0

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 3209-5321



14/03/2018

10.19.91.2/SSORN/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=32961&Digito=1&ReadOnly=1

Nº: 32961/1

Data: 01/02/2018

CHAMADO

TARM: WIONADJA SAONARA DE MELO OLIVEIRA

Médico Regulação: UBIRATAN WAGNER DE SOUSA

Rádio Operador: HONDINELY FREITAS DE ARAÚJO

Médico Cena: IVAN AUGUSTO AGUIAR

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USB 27 (SÃO GONÇALO I)

Equipe VTR: FRANKLIN LOPES RODRIGUES - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
JOSÉ ERIVAN RAMALHO DOS S - TÉCNICO DE ENFERMAGEM☒ REGULAÇÃO
MÉDICA☐ TROTE☐ INFORMAÇÃO☐ ENGANO☐ QUEDA DA
LIGAÇÃO☐ CONTATO COM EQUIPE
SAMU☐ TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: EXTREMOZ

Nome do Solicitante: VALCLECIO

Telefone: (84) 98639-6220

Nome do Paciente:

FABIO DE LIMA MOURA

Idade: *

29 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

☐ Endereço não informado☐ Coordenadas Informadas

Latitude: Longitude:

Endereço: ESTRADA DE GENIPABU

Nº: VP

Bairro:

Outro Bairro: GENIPABU

Referência/Complemento: PX AO RIO DOCE -

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: DR KARLA RECEBEU O PACIENTE HCS MACA PRESA

Queixa Primária: AUTO X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

01/02/2018 04:50:14 - Dr(a). UBIRATAN WAGNER DE SOUSA

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO MOTO X CARRO. DUAS VÍTIMAS. ACORDADAS. PORÉM COM QUADRO DE AVULSÃO TRAUMÁTICA DE JOELHO.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB, USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 01/02/2018 04:50:32 Usuário: (TARM) MARCELA NAYARA LEITE COSTA

Observação: DEPOIS DA AVENIDA MOEMA TINOCO // PX AO POSTO DE GASOLINA BR // PX A ROTATORIA

Data: 01/02/2018 04:52:39 Usuário: (RADIO OPERADOR) LUCIANO FERREIRA BARBALHO

Observação: USB 27 ACIONADA SAINDO DO PA SGA

Data: 01/02/2018 05:44:57 Usuário: (TARM) WIONADJA SAONARA DE MELO OLIVEIRA

Observação: VAGA REGULADA COM DR. MARCELO - SETOR DE POLITRAUMA DO HMWG.

Data: 01/02/2018 06:33:16 Usuário: (RADIO OPERADOR) HONDINELY FREITAS DE ARAÚJO

Observação: Controle de frota: DR KARLA RECEBEU O PACIENTE HCS MACA PRESA

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:

01/02/2018

04:47:00

Saída Local:

01/02/2018

05:46:02

Regulação Médica:

01/02/2018

04:50:14

Liberação VTR:

01/02/2018

06:33:13

Solicitação VTR:

01/02/2018

04:50:45

Saída VTR:

01/02/2018

04:52:08

Chegada Local:

01/02/2018

05:16:31

10.19.91.2/SSORN/_Sistema/regulacaoAmbulancia.aspx?cod=32961&Digito=1&ReadOnly=1

2/3

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 16/11/2020 18:17:48
https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111618174787500000060233938
Número do documento: 20111618174787500000060233938

Num. 62818465 - Pág. 8

CONDUTA

Remoção

Condução Médico Regulador:

01/02/2018 05:40:26 - IVAN AUGUSTO AGUIAR

IMOBILIZAÇÃO, AVP, RINGER LACTATO, DÍPIRONA IV, DICLOFENACO IM, QTI PSCS.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

☐ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL (NP) - HOSPITAL MONSENHOR WOLFREDO GURGE ▾

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE - ▾

H. ligação ao serv. prop.:

F:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

☐ Vaga Negada☐ Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

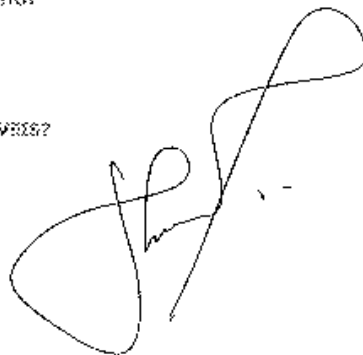
Data:

Ass:

ACIDENTE DE TRABALHO?

☐ Sim ☒ Não

VIOLENCIA A VULNERÁVEIS?

☐ Sim ☒ Não

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:	20/06/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO DE LIMA MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01953

CONTA: 000000010220-9

Nr. da Autenticação 5FD27ABAFF9C4ECE





União Social de Energia Elétrica criada pela Lei 10.438, de 2001
NOME FISCAL: FÁBIO DE CARVALHO DE MENEZES
Comunidade Energética da Rta Grande do Norte
Rua Manoel, 100, Estão, Natal, RN Grande do Norte - CEP 59065-250
CNPJ 08.324.556/0001-51 e-mail: Est-20033189-01@cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DO LIVRAMENTO DE CIMA MOURA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV SHAU, 03A 545 CS- QUARTA TV

CPF: 818.837.444-34 NIS: 72698113646

POTÊNCIA AREA URBANA
NATAL RN
59000-001

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BARRA RENDACOM NIS
MONTABACO

DATA CONTATO

0554583115

02/2016

Nº DA NOTA FISCAL: 002731622

DATA DE EMISSÃO

05/03/2018

27/03/2018

APRESENTAÇÃO: 24/03/2018

Nº DA INSCRIÇÃO

060215

45,19

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,5760000	0,1620748	5,46
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,3125594	21,88
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	15,0000000	0,4665346	7,02
Contribuição Iluminação Pública			4,09
ICMS-Passagem Eletrônica			6,82

TOTAL DA FATURA

45,19

Nº DO	TIPO DA	DATA	ANTERIOR	DATA	ATUAL	DE	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
20160322	CH1	2016/03/28	12/04/15	24/03/16	13/03/17	78	1,0000		115,00

PERÍODO	VALOR	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO	CONSUMO	ADJUSTE	CONSUMO (kWh)
PER 16 115							
PER 17 115							
PER 18 115							
PER 19 115							
PER 20 115							
PER 21 115							
PER 22 115							
PER 23 115							
PER 24 115							
PER 25 115							
PER 26 115							
PER 27 115							
PER 28 115							
PER 29 115							
PER 30 115							
PER 31 115							
PER 32 115							
PER 33 115							
PER 34 115							
PER 35 115							
PER 36 115							
PER 37 115							
PER 38 115							
PER 39 115							
PER 40 115							
PER 41 115							
PER 42 115							
PER 43 115							
PER 44 115							
PER 45 115							
PER 46 115							
PER 47 115							
PER 48 115							
PER 49 115							
PER 50 115							
PER 51 115							
PER 52 115							
PER 53 115							
PER 54 115							
PER 55 115							
PER 56 115							
PER 57 115							
PER 58 115							
PER 59 115							
PER 60 115							
PER 61 115							
PER 62 115							
PER 63 115							
PER 64 115							
PER 65 115							
PER 66 115							
PER 67 115							
PER 68 115							
PER 69 115							
PER 70 115							
PER 71 115							
PER 72 115							
PER 73 115							
PER 74 115							
PER 75 115							
PER 76 115							
PER 77 115							
PER 78 115							
PER 79 115							
PER 80 115							
PER 81 115							
PER 82 115							
PER 83 115							
PER 84 115							
PER 85 115							
PER 86 115							
PER 87 115							
PER 88 115							
PER 89 115							
PER 90 115							
PER 91 115							
PER 92 115							
PER 93 115							
PER 94 115							
PER 95 115							
PER 96 115							
PER 97 115							
PER 98 115							
PER 99 115							
PER 100 115							

PROTÓCOLO RECEBIDO
05 JUN 2018
TERMINADO SEM LIGAÇÃO E COMENTÁRIOS

DESCRIÇÃO DA FATURA: Fatura de energia elétrica para a unidade consumidora MARIA DO LIVRAMENTO DE CIMA MOURA, inscrita no CNPJ nº 08.324.556/0001-51, localizada na Rta Grande do Norte, Rua Manoel, 100, Estão, Natal, RN, CEP 59065-250. A fatura refere-se ao período de 01/03/2018 a 31/03/2018, com consumo total de 115,00 kWh. O valor total da fatura é de R\$ 45,19, incluindo o ICMS de R\$ 6,82. A fatura foi emitida em 05/03/2018 e paga em 27/03/2018.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 COAF**².

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 MARCOS BATISTA FABRICIO, inscrito (a) no CPF/CNPJ 806783054-20,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário FABIO DE LIMA MOURA, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 080.976.154-07, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAC da Vítima
FABIO DE LIMA MOURA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 080.976.154-07, 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>MARCOS BATISTA FABRICIO</u>		Número	<u>110</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TARDE DAS EMAS</u>	Cidade	<u>NATAL</u>	Estado	<u>RN</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(84)98782-0212</u>		

NATAL/RN, 05 de JUNHO de 2018
Local e Data

MARCOS BATISTA FABRICIO

Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5033 /2018

Admissão: 01/02/2018 06:19:24

CIRURGIA GERAL - AMARELO

7.2

FATURADO

Paciente: 59623 - FABIO DE LIMA MOURA (29 a 10 m 23 d)

Nascimento: 09/03/1988 Natural: RIO DE JANEIRO, BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA

Pai:

Logradouro: SHALOM, 548

CEP: 59125310

Bairro: PAJUÇARA

Cidade: NATAL

Telefone: 84.88888888

Compl:

PROTOCOLADO
RECEBIDO

05 JUN 2018

TERRA DO SOLADIM
E CORRETORA DE SEGS

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa

Fluxograma:

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 26/02/18
MAT. Nº. 03
CLASSIFICACAO: 01/02/2018 06:12:48
ASSINATURA

OBS:

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	SAME	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	Arterial		97%		03		106			

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISÃO MOTO/CARRO, FRATURA DE FEMUR EXPOSTA

Hora:

Paciente não chegou pelo SAMU com história de ter sofrido acidente moto-carro. Ele me se conduziu até o mob. e tem hematomas e feridas. Denunciou de dor com JBE e capote a vítima.

EGR, respiração e sang.

estab. fraturado

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A - Visão: normo

B - Boa respiração

C - Boa perfusão

D - Glasgow - 15

E - Exame físico sem MUSS. Não há contusões nem feridas e deformidades nos membros.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por GLAUBER STEVEN RAMOS DE MEDEIROS. Impresso em 01 de Fevereiro de 2018.



Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável:

ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	13-15 = 3
	9-12 = 2
	6-8 = 1
	4-5 = 0
	3 = 0
FREQÜÊNCIA RESPIRATORIA	10-20 = 2
	20-30 = 1
	0-10 = 0
	3-10 = 1
	40 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	≥ 90 = 4
	75-90 = 3
	60-75 = 2
	40-60 = 1
	0 = 0

¹Associação de Trauma Revolucionária: Sem indica-
ção de sobrevivência para pacientes de trauma fechado.
Rafaelinda: Adaptado de Champion HL; Sacco
WL; Dopes, et al. A revision of the Trauma score.
A Trauma 29(5):624, 1992.

03 - 08 grave (necessidade de
intervenção imediata);
09 - 12 moderado;
13 - 15 leve

* Referência: TEASDALE G. JENNÉT. G. Measurement of coma and impaired consciousness. A practical guide. Lancet 1974; 2:81-84

7. A escola propõe aplicar o documento pesquisado a qual colaborará com o(a) supervisor(a) e/ou, no caso de não haver, com o(a) coordenador(a) que classifique o resultado da sua avaliação com os seguintes critérios:

SEMI DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Plor Passiva
0	1	2	3	4

ORIENTAÇÃO TEÓRICA



 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 <i>PSCS/HMWV</i>		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>FABIO DE LIMA NOVA</i>		8 - Nº DO PROTOCOLO	
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	6 - DATA DE NASCIMENTO <i>09/03/1988</i>	9 - SEXO <i>M</i>	MASCULINO ☒ 1 FEMININO ☐ 2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Mãe DO LIVRAMENTO DE LIMA NOVA</i>		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>Paciente com NISTAGMO de ACUMULO de MOTO e/ou MANEJA em MIE</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Procedimento cirúrgico</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)			
<i>Exame Físico</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRAT. DE ROMA (E)</i>	21 - CID INICIAL <i>T12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>MANEJA MOTO CIRÚRGICO</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>044500012</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>ORTOPEDIA</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		29 - DT SOLICITAÇÃO <i>01/02/18</i>	
30 - CNS / CPF		31 - ASSINATURA <i>DR. DEAN GUARIERE RODRIGUES</i> CRM 43847-1/RS CONSELHO CPF 189.425.474-83	
PREENCHER EM CASO DE ACIDENTES EXTERNOS, ACIDENTES DE TRÂNSITO OU VIOLÊNCIAS			
32 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	40 -	
38 - () ACID. TRABALHO TRAJETO	41 - CID PRINCIPAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA		
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
47 - DT AUTORIZ.	51 - DT AUTORIZ.		
48 - CNS / CPF	52		
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)	53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)		

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 a luz dos valores éticos e humanitários.





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 <i>PSCS/ HMA UNB</i>	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>PAULO DE LIMA LOPES</i>	6 - Nº DO PROTOCOLO					
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>09/03/1988</i>	9 - SEXO <i>M</i>	MASCULINO	1	FEMININO	2
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Mãe DO LIVRAMENTO DE LIMA LOPES</i>	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>PALE. COM NITIDEZ DE AGUINTE DE NOVO e/trauma em MIE.</i>	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>TRAUMATISMO CERVICAL</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>RAXEXAME - FÍSICO.</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fract. de C7</i>	21 - CID INICIAL <i>T12</i>	22 - CID SECUNDÁRIO	23 - LAUDOS ASSOCIADOS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>TRAUMA UNB</i>	25 - LEITO / CLÍNICA <i>0410012</i>	26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>CONFERE COM ORIGINAL NATAL 26/03/18</i>	27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>DR. SEAN GUANIERE H. DANTAS</i>
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>0445010012</i>	29 - DT SOLICITAÇÃO <i>01/02/18</i>	30 - CNES / CPF <i>DR. SEAN GUANIERE H. DANTAS</i>	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) <i>CM: 703.423.474-03</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - () ACIDENTE DE TRANSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - Nº DO BILHETE	35 - BONUS
36 - () ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38 -	39 -
40 - () ACID. TRABALHO TRAJETO			
41 - CID PRINCIPAL			
42 - CID SECUNDÁRIO			
43 - () 44 - () GRAVE 45 - () GRAVÍSSIMA			

AUTORIZAÇÃO

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

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 e a luz dos valores éticos e humanitários.





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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

FABIO DE LIMA LOPES

Idade:

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

01.02.18 ORTOPEDIA.

Hora:

Paciente com história de acidente de trabalho
com MIE que resultou em fratura
de fêmur (C).

DR. SEAN CARNEIRO B. DANTAS
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM 4791 DEB 11043
CPF: 202.458.474-93

02/02/18 19:00

AC. PROTOCOCLICUS HA + 95h.

Fus. ORTOST. FEMUR (C) (17/10/17)

Fus. FEMUR M. PATELA (C).

Fus. LUMBOSACRAL C5/6 e L5/S1

OT. RAB + AGUARDAR TÍT. DEFENSIVOS
VIA RIA.

Dr. Fernando dos S. Correia
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4791 DEB 11043
CPF: 10314 - 0224 4547

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 26/03/18
MAT. Nº.
SOME
ASSINATURA

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas
clínicas e contribuir para a criação e a perpetuação da cultura de valores éticos e humanitários.





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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTI: _____ Leito: _____
Data de admissão: 01 / 02 / 2018 Alta: _____
Nome: Fabio de Biana Moura Naturalidade: Rio de Janeiro-RJ
Idade: 29 Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 09 / 03 / 1988
RG: 002.452.720 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Fundamental
Filiação: Pai: João Cavalcante de Moura Mãe: Maria do Livramento de Biana Moura
Endereço: R. Pastor João Pedro, 258. Pajuçara Cidade: Natal - RN
Telefone: 988978432 - Maria Gorete - tia () Residencial () Trabalho () Recado
Contato: Outros telefones: 987415527 - Roberto
Composição familiar: Reside na casa da tia primo
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: moto boy Trabalho c/ vínculo empregatício (X) Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () CAPS () SAE
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da empresa: NATAL 26/03/88

Forma de Acesso ao Serviço

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

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não (X) Sim Qual o motivo? Fratura de MIE
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Roberto de Biana Figueira
Parentesco: primo Telefone: 987415527
Endereço do Responsável: o mesmo

Evolução

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

Paciente vítima de colisão moto/carro
com fratura em membro inferior.
Solicitação de xerox de documentos e
orientação sobre exames hospitalar.

Saída

óbito: Encaminhamento: ITP () SVO () DO () Obs. 0855.877
Alta hospitalar () Transferência () Destino: _____
Orientações/Encaminhamentos: _____

Nota: 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 científicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

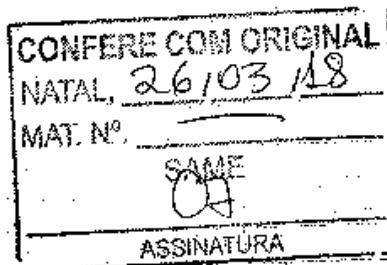
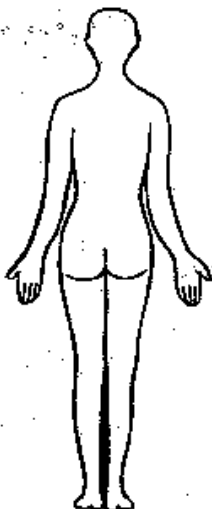
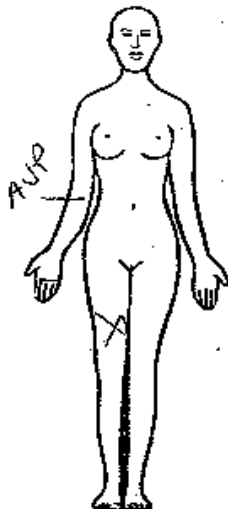




GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

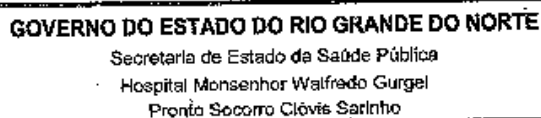
NOME DO PACIENTE: Fabio de Lima Moura
DATA DE NASCIMENTO: 09.03.1988 IDADE: 29 anos
REGISTRO: 1040/2018
DATA DE ADMISSÃO: 02.02.2018 HORA: 14:00
ADMISSÃO DO PACIENTE:
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: ortopedia
HIDRATAÇÃO: SIM (X) NÃO () VIA: PERIFÉRICO: (X) ACESSO CENTRAL: ()
NÍVEL DE CONCIÊNCIA: CONCIENTE (X) ORIENTADO (X) VIGIL () AGITADO ()
INCONSCIENTE: ()
ESTADO GERAL: BOM () REGULAR (X) 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) OUTRAS PATOLOGIAS: X
MEDICAÇÕES EM USO: X
CIRURGIAS ANTERIORES: X
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM (X) NÃO ()
OBSERVAÇÃO: RX
ÁREA DE TRICOTOMIA: X HORA: X
ÁREA DE PUNÇÃO: X HORA: X
OBS: MARGAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



INSTRUMENTADO Emmanuel JALECÔN^o _____ ACESSO CENTRAL: _____
CIRCULANTE Penna
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (X) PERIDUAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Sara
INÍCIO DE ANESTESIA: 14:20
TÉRMINO DE ANESTESIA: 15:15
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina, 20g
HORA: 14:30hs

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.





**BOLETIM
OPERATÓRIO**

Nome: Fazio Lima Moura

Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: *Fuga. 0490173. Fimem. (C)*

Indicação terapêutica: Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 22/02/18 Início:

Término:

Duração:

Operador: Dr. Leonardo dos S. Curvelo
Ortopedia e Traumatologia

CRM/CRO:

1º Auxiliar: Cirurgião de Colúmbia
TEGF 10344 - GRM 4527

CRM/CRO:

2° Auxiliar:

CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- ① Locusts on 20th, 50% mortality
- ② Locusts + grasshoppers 110.
- ③ grasshoppers 110, 120, 130 + 140, 150, 160 + 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000, 1010, 1020, 1030, 1040, 1050, 1060, 1070, 1080, 1090, 1100, 1110, 1120, 1130, 1140, 1150, 1160, 1170, 1180, 1190, 1200, 1210, 1220, 1230, 1240, 1250, 1260, 1270, 1280, 1290, 1300, 1310, 1320, 1330, 1340, 1350, 1360, 1370, 1380, 1390, 1400, 1410, 1420, 1430, 1440, 1450, 1460, 1470, 1480, 1490, 1500, 1510, 1520, 1530, 1540, 1550, 1560, 1570, 1580, 1590, 1600, 1610, 1620, 1630, 1640, 1650, 1660, 1670, 1680, 1690, 1700, 1710, 1720, 1730, 1740, 1750, 1760, 1770, 1780, 1790, 1800, 1810, 1820, 1830, 1840, 1850, 1860, 1870, 1880, 1890, 1900, 1910, 1920, 1930, 1940, 1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010, 2020, 2030, 2040, 2050, 2060, 2070, 2080, 2090, 2100, 2110, 2120, 2130, 2140, 2150, 2160, 2170, 2180, 2190, 2200, 2210, 2220, 2230, 2240, 2250, 2260, 2270, 2280, 2290, 2300, 2310, 2320, 2330, 2340, 2350, 2360, 2370, 2380, 2390, 2400, 2410, 2420, 2430, 2440, 2450, 2460, 2470, 2480, 2490, 2500, 2510, 2520, 2530, 2540, 2550, 2560, 2570, 2580, 2590, 2600, 2610, 2620, 2630, 2640, 2650, 2660, 2670, 2680, 2690, 2700, 2710, 2720, 2730, 2740, 2750, 2760, 2770, 2780, 2790, 2800, 2810, 2820, 2830, 2840, 2850, 2860, 2870, 2880, 2890, 2900, 2910, 2920, 2930, 2940, 2950, 2960, 2970, 2980, 2990, 3000, 3010, 3020, 3030, 3040, 3050, 3060, 3070, 3080, 3090, 3100, 3110, 3120, 3130, 3140, 3150, 3160, 3170, 3180, 3190, 3200, 3210, 3220, 3230, 3240, 3250, 3260, 3270, 3280, 3290, 3300, 3310, 3320, 3330, 3340, 3350, 3360, 3370, 3380, 3390, 3400, 3410, 3420, 3430, 3440, 3450, 3460, 3470, 3480, 3490, 3500, 3510, 3520, 3530, 3540, 3550, 3560, 3570, 3580, 3590, 3600, 3610, 3620, 3630, 3640, 3650, 3660, 3670, 3680, 3690, 3700, 3710, 3720, 3730, 3740, 3750, 3760, 3770, 3780, 3790, 3800, 3810, 3820, 3830, 3840, 3850, 3860, 3870, 3880, 3890, 3900, 3910, 3920, 3930, 3940, 3950, 3960, 3970, 3980, 3990, 4000, 4010, 4020, 4030, 4040, 4050, 4060, 4070, 4080, 4090, 4100, 4110, 4120, 4130, 4140, 4150, 4160, 4170, 4180, 4190, 4200, 4210, 4220, 4230, 4240, 4250, 4260, 4270, 4280, 4290, 4300, 4310, 4320, 4330, 4340, 4350, 4360, 4370, 4380, 4390, 4400, 4410, 4420, 4430, 4440, 4450, 4460, 4470, 4480, 4490, 4500, 4510, 4520, 4530, 4540, 4550, 4560, 4570, 4580, 4590, 4600, 4610, 4620, 4630, 4640, 4650, 4660, 4670, 4680, 4690, 4700, 4710, 4720, 4730, 4740, 4750, 4760, 4770, 4780, 4790, 4800, 4810, 4820, 4830, 4840, 4850, 4860, 4870, 4880, 4890, 4900, 4910, 4920, 4930, 4940, 4950, 4960, 4970, 4980, 4990, 5000, 5010, 5020, 5030, 5040, 5050, 5060, 5070, 5080, 5090, 5100, 5110, 5120, 5130, 5140, 5150, 5160, 5170, 5180, 5190, 5200, 5210, 5220, 5230, 5240, 5250, 5260, 5270, 5280, 5290, 5300, 5310, 5320, 5330, 5340, 5350, 5360, 5370, 5380, 5390, 5400, 5410, 5420, 5430, 5440, 5450, 5460, 5470, 5480, 5490, 5500, 5510, 5520, 5530, 5540, 5550, 5560, 5570, 5580, 5590, 5600, 5610, 5620, 5630, 5640, 5650, 5660, 5670, 5680, 5690, 5700, 5710, 5720, 5730, 5740, 5750, 5760, 5770, 5780, 5790, 5800, 5810, 5820, 5830, 5840, 5850, 5860, 5870, 5880, 5890, 5900, 5910, 5920, 5930, 5940, 5950, 5960, 5970, 5980, 5990, 6000, 6010, 6020, 6030, 6040, 6050, 6060, 6070, 6080, 6090, 6100, 6110, 6120, 6130, 6140, 6150, 6160, 6170, 6180, 6190, 6200, 6210, 6220, 6230, 6240, 6250, 6260, 6270, 6280, 6290, 6300, 6310, 6320, 6330, 6340, 6350, 6360, 6370, 6380, 6390, 6400, 6410, 6420, 6430, 6440, 6450, 6460, 6470, 6480, 6490, 6500, 6510, 6520, 6530, 6540, 6550, 6560, 6570, 6580, 6590, 6600, 6610, 6620, 6630, 6640, 6650, 6660, 6670, 6680, 6690, 6700, 6710, 6720, 6730, 6740, 6750, 6760, 6770, 6780, 6790, 6800, 6810, 6820, 6830, 6840, 6850, 6860, 6870, 6880, 6890, 6900, 6910, 6920, 6930, 6940, 6950, 6960, 6970, 698

Dr. Leonardo de S. Corrêa
Ortopedia e Traumatologia
Clínica da Coluna
TEC: 10344 - CRM 4547

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL. 26103118

WAT. №

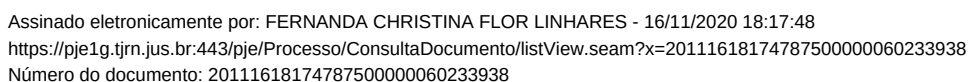
5471

ASSINATURA

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

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

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 ético-humanitários.



O EXAME FÍSICO SECUNDÁRIO E A AVALIAÇÃO DETALHADA CRITÉRIOS DO PACIENTE (DA CABEÇA AOS PÉS), VEJA, NÃO APENAS ESCUTE, SINTA NÃO APENAS TOQUE.

EXAME FÍSICO (SECUNDÁRIO)

A
B
C
D
E

A (ALERGIAS): Não

M (MEDICAÇÃO EM USO):

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS): Não

L (LÍQ E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA):

V (PASSADO VACINAL): Não

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Raios-x de tórax ant. p.
Raios-x de abd. sup. ant. p.
Raios-x de abd. inf. ant. p.
Raios-x de bacia ant. p.
Raios-x de coluna

Dra. Karla Avelino
Urologista
CRM 104.5319

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Raios-x de joelho ant. p.

OUTROS

RPE 100% (P/A)

DR. DEANERSON DOS SANTOS
ENFERMEIRO / TRANSPORTADOR
CRM 104.5319

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

UTI 025M (P)
Vitamina K₁ 10mg 1x ao dia

Dra. Karla Avelino
Urologista
CRM 104.5319

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

02/4/20

UTI 3mo - novo - 1º dia

Falta de sono

01 ponto de dor

02/4/20

Condição

Suporte com monitorização

RM D CONF

Antonio Capistrano
Cir. Buco-Maxilo-Facial
CRM 104.5319

16/22

Obs: paciente liberado para cirurgia

02/4/20

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1: BNF

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2: NOR

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3: Urologista

HORA:

DATA:

Dra. Karla Avelino
Urologista
CRM 104.5319

MÉDICO (CARIMBO)

O encaminhamento do boletim de atendimento produz uma ação em saúde mais qualificada, uma atenção hospitalar com registros mais fidedignos e protege o profissional de saúde, contribuindo para a melhoria da assistência no HMV.



ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2: <u>ORTOPEDIA 08:18h</u>	
ANAMNESE: <u>Paciente com história de acidente de carro e / Poliomielite que resultaram em fratura exposta do fêmur (E).</u>	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS
CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE: <u>INTERNAÇÃO</u>		Nº do Boletim de Atendimento:	
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <u>ORTOPEDIA</u>		DATA: <u>01/02/18</u>	HORA: <u>08:21h</u>
SAÍDA:		DATA: <u>/ /</u>	HORA:
Decisão Médica ☒	À Revelia ☐	Transferido para:	
ÓBITO:		DATA: <u>/ /</u>	HORA:
Entregue à família	com Atestado ☐	S.V.O. ☐	I.T.E.P. ☐

DR. FERNANDO FLOR LINHARES
 ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
 CRM 478160710/RS
 RPP: 708.425.474-05
 Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

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



INÍCIO DE CIRURGIA: 14:40

CIRURGIÃO: Dr. Leonardo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: Uterectomia de fratura exposta de fêmur esquerdo.

TÉRMINO DE CIRURGIA: 15:10

SONDAGEM VESICAL: SIM (X) NÃO ()

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (X)

Nº DA SONDA:

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM () NÃO (X)

RX: SIM () NÃO (X)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM () NÃO (X)

TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM () NÃO (X)

FEITO FICHA: SIM () NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM () NÃO (X)

ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO: SIM () NÃO (X)

FEITO ATESTADO PARCIAL DE ÓBITO: SIM () NÃO (X)

DESPREZADO NO LIXO: SIM () NÃO (X)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE:

GAZES CONFERIDAS: SIM () NÃO (X)

QUANTIDADE:

CAIXA CIRÚRGICA: Básica

COMPLETA: SIM (X) NÃO ()

OBS.:

ÓBITO: SIM () NÃO (X)

HORA:

REALIZADO RCP: SIM () NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

PACIENTE ENCAMINHADO: CRO (X) UTI () ALTA ()

EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO ()

TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO (X)

ENTUBADO: SIM () NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ()

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

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

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido no CC proveniente da ortopedia. Foi monitorizado, submetido à anestesia, realizado limpeza do MTE e realizada cirurgia sem intercorrências. Realizado cateterismo de alívio pela cm. fêmora. Maciça. Colocado fêmula com 6kg. PA: 143x78 mmHg. Fe: 79bpm e SpO2: 98%. 15:20. Liberado pela anestesiata e encaminhado ao CEO.

Brenna Lucely B. Marques
Téc. em Enfermagem
COREN 584170

Brenna Lucely B. Marques
Téc. em Enfermagem
COREN 584170

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Assinatura do Circulante

Emanuela
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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

FABIO AS L. LONHA

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

01.02.18 ORTOPEDIA

- CURATIVO

- TALA

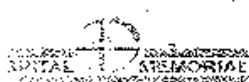
- ANTIEMBOLITICA

- N/A

DR. DEAN GUARABE R. DANTAS
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 4781065-4/044
CPF: 195.965.422-93

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situações 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 saberes físicos e humanísticos.





Hospital Memorial de Natal

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



Data: 12/02/2018 19:32

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA** Registro: **127354**
m. RG: **002452720** CPF: **080.936.154-07** Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **RUA SHALOM** N.: Bairro: **PAJUÇARA**
Cidade: **NATAL** UF: **RN** CEP: **59125310** Fone: **84987038768**
Profissão: **VENDEDOR - NO COMERCIO DE MERC** Mãe: **MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA**

Dados do Internamento

Admissão: **12/02/2018 19:31** Entrada: **12/02/2018 19:31** Previsão saída: **14/02/2018 11:00** Atendente: **LUCIAS**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **702602711275146**
Médico: **Dr. HERMANN COSTA GOMES** CRM: **4843**

ENFERMARIA 110-B

Dados do Responsável

Responsável: **MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA** CPF: RG: **001060556 RN**
Parentesco: **MAE**

Termo de Responsabilidade

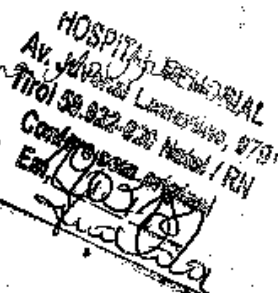
Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou solidário por quaisquer despesas realizadas pelo paciente acima qualificado, sendo ou não paciente acima mencionado associado a qualquer instituição que mantenha convênio com o Hospital, seja para pagamento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

Maria do Livramento de Lima Moura



Observações

AC. COM GUIA DE AIG 02 FOLHAS DE RX





Hospital Memorial de Natal

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

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/02/2018 19:32

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Num. RG: **002452720** CPF: **080.936.154-07** Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **RUA SHALOM**

Cidade: **NATAL**

Profissão: **VENDEDOR - NO COMERCIO DE MERC**

N.:

Bairro: **PAJUÇARA**

UF: **RN**

CEP: **59125310**

Fone: **84987038768**

Mãe: **MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **12/02/2018 19:31** Previsão saída: **14/02/2018 11:00** Atendente: **LUCIAS**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **702602711275146**

Médico: **Dr. HERMANN COSTA GOMES**

CRM: **4843**

ENFERMARIA 110-B

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

Data da Baixa: _____ No. de dias de hospitalização: _____ No. de US: _____

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatorio sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratorios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.022-070 Natal / RN
Contato com o Hospital
Em: _____





Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/02/2018 19:32

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354**

Num. RG: **002462720**

CPF: **080.936.154-07** Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **RUA SHALOM**

N.º:

Bairro: **PAJUÇARA**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **59125310**

Fone: **84987038768**

Profissão: **VENDEDOR - NO COMERCIO DE MERC**

Mãe: **MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1**

Entrada: **12/02/2018 19:31** Previsão saída: **14/02/2018 11:00** Atendente: **LUCIAS**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matrícula/CNS: **702602711275146**

Médico: **Dr. HERMANN COSTA GOMES**

CRM: **4843**

ENFERMARIA 110-B

Dados do Responsável

Responsável: **MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA**

CPF:

RG: **001060556 RN**

Parentesco: **MAE**

TERMO DE CIÊNCIA E CONSENTIMENTO E RESPONSABILIZAÇÃO PROCEDIMENTOS E CIRURGIAS GERAIS

1. - Autorizo o(a) **Dr. HERMANN COSTA GOMES**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia:
2. - O(A) **Dr. HERMANN COSTA GOMES**, 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

Maria do Livramento de Lima Moura

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. HERMANN COSTA GOMES - CRM 4843

edicWare

Página 1 / 1





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

4305

LAUDO PARA
SOLICITAÇÃO DE AII

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 Fabio de Lima Moura	6 - Nº DO PROTOCOLO
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS 702.602.711.275-146	8 - DATA DE NASCIMENTO 09/08/1988
9 - SEXO MASCULINO	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Mário do Livramento de Lima Moura
11 - TELEFONE DE CONTATO 98887-8432	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº) TV Shalom - 548
13 - MUNICÍPIO N. D. R.	14 - BAIRRO Potengi
15 - UF RN	16 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fm. 090107. 2002 + Fm. 11/11/18	18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO T.T. Cirurgias
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) Somos o 1º de	20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fr. Fm. 11/11/18
21 - CID INICIAL	22 - CID SECUNDÁRIO
23 - LAUDOS ASSOCIADOS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Osteossíntese	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 02001
26 - LEITO / CLÍNICA 02001	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO urg.
28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	29 - DT SOLICITAÇÃO 06/02/18
30 - CNS / CPE	31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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

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



Código Solicitação: 230031185

Número AIH: 241810011596-0

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL

Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL

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

Central Reguladora
NATAL

Data de Solicitação
12.02.2018 - 14:55:28

Data de Autorização
14/02/2018 - 11:42:46

Data de Reserva
14.02.2018

Data de Internação
14.02.2018

Data Prevista de Alta
21.02.2018

Data de Alta
26/02/2018 - 10:34:43

Motivo da Alta
1.1 ALTA CURADO

CNES:
2653923

CNES:
2408252

Município Executante
NATAL

Operador 01987736419MARILENE

Operador 01419244469CLARISSA

Operador 33391521449FRANCISCA

Operador 33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:
702602711275146

Nome do Paciente
FABIO DE LIMA MOURA

Nome da Mãe
MARIA DO LIVRAMENTO DE LIMA MOURA

Sexo:
MASCULINO

Data de Nascimento:
09/03/1988 (29 anos)

Tipo Logradouro:
TRAVESSA

Número:
571

País de Residência:
BRASIL

Telefone(s):
(84) 98780-2538 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:**Naturalidade:**

RIO DE JANEIRO - RJ

Raça:

BRANCA

Tipo Sanguíneo:**Logradouro:**

SHALON

Bairro:

PAJUCARA

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

LOT N HORIZONTE

CEP:

59125-310

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:
00756668476

CPF do Médico Executante:
85145475420

Diagnóstico Inicial - CID:
S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Nome do Médico Solicitante:
LEONARDO DOS SANTOS CORREIA

Status da Solicitação:
APROVADA

Nome do Médico Executante:
HERMANN COSTA GOMES

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Classificação de Risco

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050519

TRANSPARÊNCIA ENTRE CLÍNICAS

Clínica	Dt. Transferência	Operador
ESPEC - CLINICO - CLINICA GERAL	21.02.2018	33391521449FRANCISCA
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	26.02.2018	33391521449FRANCISCA

CANCELAMENTO DE AUTORIZAÇÃO

Dt. Reserva	Unidade	Operador	Motivo Cancelamento
12.02.2018	HOSPITAL MEMORIAL	Sistema	Não Intermou na data prevista

LAUDO TÉCNICO E NOTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE SOFREU TRAUMA NA COXA CAUSANDO FRATURA DE FÊMUR. COLOCADO TRAÇÃO ESQUELETICA

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RAIOS X

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE



BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg	1	2	3	5	4	NOME:	ADIA DE LIMA MORAES	ARTO:
-----	---	---	---	---	---	-------	---------------------	-------

Cirurgia Realizada: Est. Retirada de pino intraosseal

DATA: 7/10/2019	INICIO: 08:00	HS: 08:00	MIN: 08:00	TÉRMINO: 12:00	HS: 12:00	MIN: 12:00
-----------------	---------------	-----------	------------	----------------	-----------	------------

EQUIPE	NOME	CIC/MF	CRM	CIRURGIA
Cirurgião	PAULO ROBERTO A. DE LIMA	Dr. Tiago Victor A. Carvalho	Dr. Paulo Roberto A. Lima	Pequena
1 Auxiliar		Médico		Média
2 Auxiliar				Grande
Anestesiologista	TIAGO CARVALHO			Múltipla
Instrumentador				
Ato:				

1. Assepsia e Antissepsia, 2. Colocação de campos estereis, 3. Retirada de tração de pino intraósseo, 4. Debridamento de tecidos desvitalizados 5. Realização de incisão lateral em coxa E 6. Divulsão por planos 7. Osteotomia de fêmur esquerdo para redução direta da fratura 8. Colocação de placa DCP furos

Exatidão com 10 parafusos corticais 9" incisão de sutura de 100 curativo																Exatidão da sutura de 100 curativo															
FIORES				DESCARTÁVEIS				FIORES				DESCARTÁVEIS				FIORES				DESCARTÁVEIS											
COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.								
000356	Agua Edulcorada 10ml	AMP	07	000377	Vicryl 5-0 (incolor)	ENV		060164	Malha Tubular 12cm	ROL		060188	Malha Tubular 15cm	ROL		060263	Máscara Descartável	UND	06	060930	Protfix 2 vias	UND	06								
000386	Agua Edulcorada 20ml	AMP		000725	Vicryl 6-0	ENV		064794	Podridine Dequeimante / ref.	UND		064787	Povidone Tópico / ml	ML	18	065567	Sébio Líquido	UND	16	060733	Sepatina Descartável	UND	12								
000067	Chlorhexid 1g	AMP		000313	Vicryl 7-0	ENV		063223	Seringa Desc. 01cc of Agulha	UND		062443	Seringa Desc. 03cc of Agulha	UND		062476	Seringa Desc. 05cc of Agulha	UND	06	063209	Seringa Desc. 10cc of Agulha	UND	06								
000098	Decadron 4mg. 1g	AMP						063216	Seringa Desc. 20cc of Agulha	UND		063120	Sonda Uretral 10	UND		063144	Sonda Uretral 12	UND	06	063161	Sonda Uretral 14	UND	06								
000713	Glicose 20% 10ml 1g	AMP						063189	Sonda Uretral 16	UND		063185	Sonda Uretral 18	UND		060550	Sonda Uretral 20	UND	06												
004285	Glicose 50% 10ml 1g	AMP																													
004703	Hepagite 50%	FRS																													
005045	Iroxil Pomada 14	1/4																													
015111	Keflin Nauro 1g	COM																													
000667	Norelona 2ml 1g	AMP																													
007498	Protfix 100mg. 1g	AMP																													
008229	Solução Fenoxil / Lactato	FRS																													
008449	Solução Fenoxil / Lactato	FRS																													
008126	Soro Fisiológico 100ml	FRS																													
008718	Soro Fisiológico 5% 500ml	FRS	025	061900	Abborcath-T Plus Nº 14	UND		061918	Abborcath-T Plus Nº 16	UND		061925	Abborcath-T Plus Nº 18	UND	01	061932	Abborcath-T Plus Nº 20	UND		060962	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND	03								
008740	Soro Glicose 5% off 500	TS		061932	Abborcath-T Plus Nº 20	UND		060962	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND		060992	Agulha Descartável 25 x 7	UND	03	050118	Agulha Descartável 40 x 12	UND	03	060575	Atadura Crepon 10cm	ROL	06								
008895	Xylacina 2% ch	AMP		060962	Agulha Descartável 13 x 4,5	UND		060575	Atadura Crepon 10cm	ROL		060582	Atadura Crepon 12cm	ROL	06	060590	Atadura Crepon 15cm	ROL		060603	Atadura Crepon 20cm	ROL									
010026	Xylacina Gelida 2%	BSG		060582	Atadura Crepon 10cm	ROL		060630	Atadura Crepon 12cm	ROL		060679	Atadura Gessada 10cm	ROL		060701	Atadura Gessada 12cm	ROL		060020	Atadura Ortopédica 10cm	ROL									
				060630	Atadura Crepon 12cm	ROL		060679	Atadura Gessada 10cm	ROL		060701	Atadura Gessada 12cm	ROL		060020	Atadura Ortopédica 10cm	ROL		061670	Atadura Ortopédica 15cm	ROL									
				060679	Atadura Gessada 10cm	ROL		060701	Atadura Gessada 12cm	ROL		060020	Atadura Ortopédica 10cm	ROL		061670	Atadura Ortopédica 15cm	ROL		060580	Atadura Ortopédica 20cm	ROL									
				060701	Atadura Gessada 12cm	ROL		060020	Atadura Ortopédica 10cm	ROL		061670	Atadura Ortopédica 15cm	ROL		060580	Atadura Ortopédica 20cm	ROL													
				060020	Atadura Ortopédica 10cm	ROL		061670	Atadura Ortopédica 15cm	ROL		060580	Atadura Ortopédica 20cm	ROL																	
				061670	Atadura Ortopédica 15cm	ROL																									
				060580	Atadura Ortopédica 20cm	ROL																									
</																															

CIRURGIÃO: Dr. Fábio Roberto A. Lima CIRCULANTE:





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: 127354 IH: 1 Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
Nascimento: 09/03/1988 30 anos Internação: 12/02/2018 19:31:00 Leito: ENFERMARIA 110-B

ANTES DO ATO CIRÚRGICO 20/02/2018 08:25:39 COREN - 662098 - MARIA ELIZABETE B. PEREIRA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR+PATELA ACOMPANHADO DE SEU FAMILIAR E MAQUEIRO. CONSCIENTE, ORIENTADO (A), EM O2 AMBIENTE, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, DM E HAS, FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO Nº 18 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Doença pré-existente:

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

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

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

Outros Exames:

SRPA

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: NÃO Acianótico: NÃO Palido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE NA HVP, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ENCAMINHADO ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

Maria Elizabete Barbosa Pereira

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 59.622-770 Natal / RN
Contato: 3133-4200
E-mail: hmemorial@veloxmail.com.br



RELATORIO ANESTESIA

Paciente vítima de Trauma Contuso, com Fratura do Fêmur e Pateleta Esquerda

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

LAQUEI Simples + Sedação EV

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		000818	Neram	AMP		001201	Clorazepato	AMP	020
000356	Água Bacteriada	AMP		007527	Plasil 10mg	AMP		001202	Clorazepato	AMP	020
000362	Atropina 2%	AMP		007558	Prostigmina	AMP		001203	Clorazepato	AMP	020
002050	Clorato de Potássio	AMP		008292	Keflex	AMP		001204	Clorazepato	AMP	020
001460	Clorato de Sódio	AMP		003393	Quaxim 100mg	AMP		001205	Clorazepato	AMP	020
018620	Clorfeniramina	AMP	01A	000340	Quelidm 500mg	AMP		001206	Clorazepato	AMP	020
002115	Ceftriaxona	AMP		003543	Rapitem	AMP		001207	Clorazepato	AMP	020
002353	Ceftriaxona	AMP		000974	Sevoflurano	ML	0350	001208	Clorazepato	AMP	020
003050	Demomid 15mg	AMP	01A	003449	Sol. Flúor-Simples	FRS		001209	Clorazepato	AMP	020
017075	Demomid 5mg	AMP		028125	Sol. Fiscológica	FRS		001210	Clorazepato	AMP	020
009071	Etoril	AMP		008740	Sol. Glucosado	FRS		001211	Clorazepato	AMP	020
003511	Fenilam 2ml	AMP	01A	008529	Sol. Ringer Lactado	FRS		001212	Clorazepato	AMP	020
003730	Forane	ML		001002	Thiopental	FRS		001213	Clorazepato	AMP	020
017098	Halotano	ML		009013	Tigulium	AMP		001214	Clorazepato	AMP	020
004895	Hyaluronidase	AMP		009227	Valium	AMP		001215	Clorazepato	AMP	020
002467	Inoval	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP		001216	Clorazepato	AMP	020
010582	Lidocaine	AMP		002905	Xilocaina 2% c/a	AMP		001217	Clorazepato	AMP	020
005887	Marsalina 0.5 c/a	AMP		010028	Xilocaina 2% c/a	AMP		001218	Clorazepato	AMP	020
005884	Marsalina 0.5 c/a	AMP		010033	Xilocaina Pasada	AMP		001219	Clorazepato	AMP	020
010585	Marsalina Pasada	AMP	01A					001220	Clorazepato	AMP	020

Interocorrências

DESCRIÇÃO

Oxímetro SIM

Cardioscópio SIM

Capnógrafo

DESCRIÇÃO

QUANTIDADE

Oxigênio Líquido 2L/min

Protóxido Líquido

ANOTAÇÕES

APARELHOS OK

a SRPA

Dr. Tiago Victor A. Carvalho
Médico - Anestesiologista
CRM/RN 7134

INÍCIO ANESTESIA:

08h

INÍCIO CIRURGIA:

08h15h

DATA:

20/02/2018

FINAL CIRURGIA:

11h

FINAL ANESTESIA:

11h

ANESTESIOLOGISTA:

CRM:





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: 20/02/2018 11:10

Registro: 127354 JH: 1

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Nascimento: 09/03/1988

30 anos

Intimação: 12/02/2018 19:31:00

Leito: ENFERMARIA 110-B

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: RAQUIANESTESIA+SEDACÃO VENOSA

Anestesiologista: DRº TIAGO

Tipo: FRATURA DE FEMUR+PATELA

Cirurgião: DRº FABIO

Instrumentador: JOSE ROBERTO

Circulante: NEEMIAS

Tipo curativo: LIMPO E OCLUIDO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PCT ADMITIDO EM SALA PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONSCIENTE E ORIENTADO EM Oº AMBIENTE, EM HVP SF 0.9% NO MSD COM JELCO DE Nº18 PELO TECNICO NEEMIAS, PCT NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA PATOLOGIAS, PROCEDIMENTO REALIZADO SEM INTERCORRENCIAS E ENCAMINHADO AO CRO SOB EFEITO ANESTESICO, ONDE FICA EM OBSERVAÇÃO PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: 01

NEEMIAS GERMANO DA SILVA

NEEMIAS GERMANO DA SILVA

COREN - 1024888

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 55.522-020 Natal / RN
Conteúdo para original
Em: ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Idade: 29 anos

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 127354

Prontuário:

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 110-B

Admissão: 12/02/18 19:31

0 dia(s) de internação

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

12/02/2018 19:48

Horários de Aplicação 6476

1) DIETA LIVRE

(SND)

2) TRAMADOL 50mg Comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.

22:00, 08:00, 14:00

3) RANITIDINA 150mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.

22:00, 10:00

4) RIVAROXABANA 10mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.

22:00

5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT
Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico.
Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico.
Indicações
Analgésico e antipirético.

(SND)

6) METOCLOPRAMIDA
Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.

(SN)

7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas

14:00

8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo

Dr. WENDEL FERREIRA COSTA
CRM - 6476

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Javahar Lal Nehru, 879
Tijol 55.522-914 Natal / RN
Confira sem original
Em: 12/02/2018





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: FUSTO I
Leito: ENFERMARIA 110-B
Admissão: 12/02/18 19:31
Diag: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com re

Idade: 29 anos
Reg.: 127354
Prontuário:

1 dia(s) de internação

13/02/2018 19:02		Horários de Aplicação	4843
1) DIETA LIVRE		(SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.		22:00, 08:00, 14:00	
3) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.		22:00, 10:00	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.		22:00	
5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico. Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico. Indicações Analgésico e antipirético.		(SND)	
6) METOCLOPRAMIDA Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.		(SN)	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas		(N. 197 F) J. J. J.	
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo		(ATENÇÃO)	

Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lins, 979
Tiroi 38.423-070 Paraná / RJ
Cuidado com original
Em, / /

Página: 1 / 1

Pixeon - 13/02/2018 13:50 (U398/ASSIST.754) / (DWO:69)





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Idade: 29 anos

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 127354

Prontuário:

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 110-B

Admissão: 12/02/18 19:31

2 dia(s) de internação

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

14/02/2018 19:00

	Horários de Aplicação	4843
1) DIETA LIVRE	(SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00, 08:00, 14:00	
3) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	22:00, 10:00	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	22:00	
5) DAPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico. Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico. Indicações Analgésico e antipirético.	(SND)	
6) METOCLOPRAMIDA Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.	(SN)	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas		
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo	(ATENÇÃO)	

Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lacerda, 879
Tirol 59.922-420 Natal / RN
Conteúdo para original
Em, ____/____/____





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA
Convênio: SIUS MUNICIPAL
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 110-B
Admissão: 12/02/18 19:31
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

Idade: 29 anos
Reg.: 127354
Prontuário:

3 dia(s) de internação

15/02/2018 19:00

	Horários de Aplicação	4843
1) DIETA LIVRE	(SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00, 06:00, 14:00	
3) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	22:00, 10:00	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	22:00	
5) DAPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico. Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico. Indicações Analgésico e antipirético.	(SND)	
6) METOCLOPRAMIDA Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.	(SN)	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas		
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo	(ATENÇÃO)	

Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lins, 879
Tior, 58.922-020, Natal / RN
Confira sua original
Em, / /





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA Idade: 29 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 127354 Prontuário:
Unidade: POSTO I
Leito: ENFERMARIA 110-B
Admissão: 12/02/18 19:31 4 dia(s) de internação
Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais

16/02/2018 19:00

Horários de Aplicação

4843

1) DIETA LIVRE	D4 (SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D4 22:00 06:00 14:00	
3) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D4 22:00 10:00	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	D4 22:00	
5) DIFENON 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico. Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico. Indicações Analgésico e antipirético.	D4 (SND)	
6) METOCLOPRAMIDA Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.	D4 (SND)	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D4 (SND)	
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo	D4 (ATENÇÃO)	

Dr. HERMANN COSTA GOMES
CRM - 4843

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio Lacerda, 679
Tiroi 59.222-020 Natal / RN
Conferir com original
Em, / /

ceon - 16/02/2018 14:03 (U301/ASSIST.754) / (DWO:69)

Página: 1 / 1





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Convênio: SUS MUNICIPAL

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 110-B

Admissão: 12/02/18 19:31

Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

Idade: 29 anos

Reg.: 127354

Prontuário:

5 dia(s) de internação

17/02/2018 19:00

Horários de Aplicação 7036

1) DIETA LIVRE

(SND)

2) TRAMADOL 50mg Comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.

22:00

3) RANITIDINA 150mg comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.

22:00

4) RIVAROXABANA 10mg comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.

22:00

5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT

Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico.

Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico.

Indicações

Analgésico e antipirético.

(SND)

6) METOCLOPRAMIDA

Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.

(SN)

7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas

SN

8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo

(ATENÇÃO)

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lemos, 879
Tiro 58.522-074 Niterói / RJ
Conferir com original
Em, ___/___/___





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Idade: 29 anos

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 127354

Prontuário:

Unidade: POSTO 1

Leito: ENFERMARIA 110-B

Admissão: 12/02/18 19:31

6 dia(s) de internação

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

8/02/2018 19:00

	Hóraros de Aplicação	7036
DIETA LIVRE	D6 (SND)	
TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	D6 22:00 06:00 14:00	
RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	D6 22:00	
RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	D6 22:00	
DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico. Uso: 40 gotas, via oral, se necessário a critério médico. Indicações Analgésico e antipirético.	D6 (SND)	
METOCLOPRAMIDA Uso: 1 flaconete, via oral, 08 em 08 horas Se Necessário.	D6 (SN)	
SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas	D6 (M T)	
CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo	D6 (ATENÇÃO)	

[Handwritten signature]

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvarete L. Almeida, 970
Tirof 50.923-076 Natal / RN
Contato com original
Em, 1/1

on - 18/02/2018 16:48 (U301/ASSIST.754) / (DWO:69)

Página: 1 / 1





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Idade: 29 anos

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 127354

Prontuário:

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 110-B

Admissão: 12/02/18 19:31

8 dia(s) de internação

Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

20/02/2018 10:59

Horários de Aplicação

7036

1) DIETA LIVRE	(SND)				
2) DAPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	18:00	00:00	06:00	12:00	
3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	14:00	22:00	06:00		
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	(SN)				
5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	14:00	22:00	06:00		
6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(SN)				
7) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	18:00	06:00			
8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(500ml)	500)			
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 6h apos cirurgia	20:00				
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG)	(S N M)				
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SN)				

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamerline, 879
Tiroi 55.520-024 Natal / RN
Confira sua original
Em, ____/____/____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Idade: 29 anos *AL*

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 127354 Prontuário:

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 110-B

Admissão: 12/02/18 19:31

8 dia(s) de internação

Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com re

20/02/2018 19:00

Horários de Aplicação 7036

1) DIETA LIVRE

(SND)

2) DIPIRONA 500mg/mL ampola

Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.

00:00 - 06:00 - 12:00 - 18:00

3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.

22:00 - 06:00 - 14:00

4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola

Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.

DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%

(SN)

5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola

Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

DILUIR EM 10 ML DE ABD.

22:00 - 06:00 - 14:00

6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL

Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.

(SN)

7) RANITIDINA 150mg comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.

06:00 - 18:00

8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL

Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.

(500 - 500)

9) RIVAROXABANA 10mg comprimido

Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.

6h apos cirurgia

20:00

10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG)

(N - 12 - 15)

11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário

(SN)

12) CURATIVO. Pela manhã

(M) - 12 - 15

[Handwritten signature]

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juscelino Kubitschek, 870
Tiro 59.322-624 Niterói RJ
Confira com original
Em, *[Handwritten]*





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Convênio: SUS MUNICIPAL

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 110-B

Admissão: 12/02/18 19:31

Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com re

Idade: 29 anos

Reg.: 127354

Prontuário:

9 dia(s) de internação

21/02/2018 19:00

- | | Horários de Aplicação | 7036 |
|---|-------------------------|------|
| 1) DIETA LIVRE | (SND) | |
| 2) DAPIRONA 500mg/mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. | 06:00 06:00 12:00 18:00 | |
| 3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. | 22:00 06:00 14:00 | |
| 4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9% | (SN) | |
| 5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 10 ML DE ABD. | 22:00 06:00 14:00 | |
| 6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. | (SN) | |
| 7) RANITIDINA 150mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas. | 06:00 18:00 | |
| 8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia. | (500 500) | |
| 9) RIVAROXABANA 10mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.
6h apos cirurgia | 20:00 | |
| 10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG) | (M) | |
| 11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário | (SN) | |
| 12) CURATIVO, Pela manhã | (M) | |

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juarez Lamartini, 979
Tiroi SP, 132-470 Brasil / RN
Confira com original
Ela, [] [] []

2018-02-22 06:15 (U64/ASSIST.754) / (DWO:69)

Página: 1 / 1





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Idade: 29 anos

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 127354

Prontuário:

Unidade: POSTO I

Leito: ENFERMARIA 110-B

Admissão: 12/02/18 19:31

10 dia(s) de internação

Diag.: M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais com ra

22/02/2018 19:00

Horários de Aplicação

7036

- | | | |
|---|----------|----------------------------|
| 1) DIETA LIVRE | D2 (SND) | |
| 2) DIPIRONA 500mg/mL ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. | D2 | 00:00, 06:00, 12:00, 18:00 |
| 3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. | D2 | 22:00, 06:00, 14:00 |
| 4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.
DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9% | D2 (SN) | |
| 5) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.
DILUIR EM 10 ML DE ABD. | D2 | 22:00, 06:00, 14:00 |
| 6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL
Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. | D2 (SN) | |
| 7) RANITIDINA 150mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas. | D2 | 08:00, 18:00 |
| 8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia. | D2 | 500, 500 |
| 9) RIVAROXABANA 10mg comprimido
Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.
6h apos cirurgia | D2 | 20:00 |
| 10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG) | D2 | (N - M - P - 14 ms) |
| 11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário | D2 (SN) | |
| 12) CURATIVO, Pela manhã | D2 (M) | Breuck |

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamerline, 8791
Tiroí 53.212-420 Natal / RN
Confere com original
Em, ____/____/____

Pixeon - 22/02/2018 17:18 (U301/ASSIST.754) / (DWO:69)

Página: 1 / 1





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**
Convênio: **SUS MUNICIPAL**
Unidade: **POSTO I**
Leito: **ENFERMARIA 110-B**
Admissão: **12/02/18 19:31**
Diag.: **M511 - Transtornos de discos lombares e de outros discos intervertebrais**

Idade: **29 anos**
Reg.: **127354**
Prontuário:

10 dia(s) de internação

22/02/2018 18:00	Horários de Aplicação	7036
1) DIETA LIVRE	(SND)	
2) DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	06:00, 18:00	06:00, 12:00,
3) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.	22:00,	06:00, 14:00
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%	(5X)	
5) CEFALOTINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 10 ML DE ABD.	22:00,	06:00, 14:00
6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.	(5X)	
7) RANITIDINA 150mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.	06:00,	18:00
8) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000mL Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, Ao dia.	(500 500)	
9) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. 6h apos cirurgia	20:00	
10) SINAIS VITAIS (SSVV + CCG)	(N M T)	
11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário	(SN)	
12) CURATIVO, Pela manhã	(M)	
13) ALTA HOSPITALAR, A Tarde		

Dr. FABIO ROBERTO ALVES DE LIMA
CRM - 7036

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvêncio de Azevedo, 879
Fone: 39.112-470 Fone / RM
Confere com original
Em, 11/02/2018





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 - ADMISSÃO

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos

Acompanhante:

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Parentesco:

PROCEDÊNCIA
PACIENTE ADMITIDO NESTA UNIDADE DE INTERNAÇÃO 1 PROVENIENTE DO HOSPITAL WALFREDO GURGEL PARA SUBMETER-SE A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR

ESTADO GERAL

☒ Consciente
☐ Inconsciente

☒ Corado
☐ Hipocorado

Respiração:

☒ O2 Ambiente

Máscara de Venturi

☒ Responsivo

☐ Sonolento

☐ Cianótico

☒ Acianótico

Observações:

Higiene

☒ Com Auxílio

☐ Sem Auxílio

Observações:

Deambulação:

☒ Com Auxílio

☐ Sem Auxílio

Restrito ao leito

Observações:

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial: **130x80**

Temperatura: **37**

Pulso: **94**

Respiração: **20**

ANAMNESE

Doenças Clínicas

NEGA DOENÇAS CLÍNICAS

Uso de Medicamentos

NEGA USO DE MEDICAÇÃO

Alergias Medicamentosas

NEGA ALERGIA A MEDICAÇÃO

Integridade da Pele

PELE ÍNTEGRA

ACESSO VENOSO

Tipo:

Local:

Hiperemia

Tempo:

Dor

Edema Temperatura:

DIETA

Tipo: ☒ Oral

☐ Sonda Nasogástrica

☐ Sonda Nadoenteral

☒ Aceita

☐ Aceita Parcial

☐ Não Aceita

Observações:

DIURESE

Sonda:

Espontâneo: ESPONTANEA

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM COM EGR NO PRE-OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR AFEBRIL CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE DIETA ORAL DIURESE ESPONTANEA EM USO DE MEDICAÇÃO ORAL AGUARDA PROGRAMAR CIRURGIA SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

Documentação de Exames
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES
IMAGENS DE RADIOLOGIA

HOSPITAL MEMORIAL
NATAL/RN
12/02/2018 19:31:00
EDNALDO BERNARDO DA SILVA

12/02/2018 19:31:23
COREN - 24988

EDNALDO BERNARDO DA SILVA





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: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Corado

Aclanótico

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110 X 80**

Pulso: **82**

Temperatura: **36,2** °C

Respiração: **22**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE
**REFERIO DOR DE CABECA FOI MEDICADO
CONFORME PRESCRIÇÃO**

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR, HIGIENIZADO, TROCADO ROUPA DE CAMA + MASSAGEM DE CONFORTO ADM MEDICAÇÕES DE HORARIO ACEITANDO DIETA OFERECIDA, AFERIDO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

14/02/2018 08:17:40

COREN - 570726

THAZIA JANIELE DOS SANTOS SILVA

THAZIA

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Corado

Aclanótico

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 70**

Pulso: **79**

Temperatura: **36,5** °C

Respiração: **19**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE
SEM QUEIXAS

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR ADM MEDICAÇÕES DE HORARIO ACEITANDO DIETA OFERECIDA, AFERIDO SSVV, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

14/02/2018 13:13:10

COREN - 570726

THAZIA JANIELE DOS SANTOS SILVA

THAZIA

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Corado

Aclanótico

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **X**

Pulso:

Temperatura:

°C Respiração:

Saturação O2:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE
SEM QUEIXAS

AVP

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR, CONCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, AFERIDOS SSVV, ACEITU A DIETA OFERECIDA, AGUARDA MARCAR CIRURGIA, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

14/02/2018 20:29:53

COREN - 573863

MARIA EDIVANIA DE OLIVEIRA LEITE

Edivania

Página 1/1





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

REGISTRO DIARIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL

Corado

Acianótico

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **80**

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Com auxílio

Eliminac. Intestinais: **AGUARDA**

Temperatura: **35,6** °C

Pulso: **90**

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXA

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE DE FRATURA DE FEMUR E + TRACÃO TRANSQUELETICA CONCIENTE E ORIENTADO, DEPENDENTE EM O2 AMBIENTE COM MED V.O E SN, HIGIENIZADO NO LEITO, REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA, VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM E A.M.C

12/02/2018 08:38:53 Dayana de Araujo Silva

COREN - 1157693
DAYANA DE ARAUJO SILVA

ESTADO GERAL

Corado

Acianótico

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **100** X **80**

ACESSO VENOSO

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Com auxílio

Eliminac. Intestinais: **AGUARDA**

Temperatura: **35** °C

Pulso: **81**

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXA

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE DE FRATURA DE FEMUR E + TRACÃO TRANSQUELETICA CONCIENTE E ORIENTADO, DEPENDENTE EM O2 AMBIENTE COM MED V.O. VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM E A.M.C

12/02/2018 14:21:48 Dayana de Araujo Silva

COREN - 1157693
DAYANA DE ARAUJO SILVA

ESTADO GERAL

Alerta

Ativo no Leito

Corado

Acianótico

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **80**

ACESSO VENOSO

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE**

Temperatura: **38** °C

Pulso: **79**

Respiração: **21**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXA

Observações Gerais:

PACIENTE 29 ANOS ANOS EM PRE DE FRATURA DE FEMUR E + TRACÃO TRANSQUELETICA CONCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE COM MED V.O. AFERIDOS SSVV, COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA O DIA 19.02.2018, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

12/02/2018 19:44:25 Edivania de Oliveira Leite

COREN - 673883
MARIA EDIVANIA DE OLIVEIRA LEITE





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

- ESTADO GERAL -

Alerta

Higiene

Com auxílio

DA EQUIPE

Decúbido Dorsal

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Restrito ao leito

BANHO NO LEITO

Acianótico

Eliminac. Vesicais: PRESENTE

Eliminac. Intestinais: AUSENTE NO MOMENTO

SINAIS VITAIS:

Pres. Arterial: 120 X 70

Pulso: 78

Temperatura: 36,3 °C

Respiração: 19

Saturação O2: 95

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Parcial

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS NO MOMENTO

MEDICAÇÃO ORAL

Obs:

Observações Gerais:

PACIENTE DE 29 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR(E) COM TRACÃO TRANS-ESQUELÉTICA, EM USO DE MEDICAÇÃO ORAL, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA, ACEITOU DIETA OFERECIDA, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, HIGIENIZADO TROCADO ROUPA DE CAMA E PESSOAL, MANTEN-SE NO LEITO AGUARDANDO CIRURGIA PROGRAMADA PARA O DIA 19/02/2018.

8/02/2018 08:42:20

COREN - 1136751

AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

- ESTADO GERAL -

Alerta

Higiene

Com auxílio

DA EQUIPE

Decúbido Dorsal

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: PRESENTE

Eliminac. Intestinais: AUSENTE NO MOMENTO

SINAIS VITAIS:

Pres. Arterial: 120 X 80

Pulso: 86

Temperatura: 36,6 °C

Respiração: 20

Saturação O2: 97

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS NO MOMENTO

MEDICAÇÃO ORAL

Obs:

Observações Gerais:

PACIENTE DE 29 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR(E) COM TRACÃO TRANS-ESQUELÉTICA, EM USO DE MEDICAÇÃO ORAL, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA, ACEITOU DIETA OFERECIDA, AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES, MANTEN-SE NO LEITO AGUARDANDO CIRURGIA PROGRAMADA PARA O DIA 19/02/2018.

18/02/2018 13:14:40

COREN - 1136751

AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

- ESTADO GERAL -

Alerta

Higiene

Com auxílio

Decúbido Dorsal

Respiração

O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Acianótico

Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: PRESENTE

Eliminac. Intestinais: AUSENTE

SINAIS VITAIS:

Pres. Arterial: 140 X 100

Pulso: 77

Temperatura: 35,5 °C

Respiração: 18

Saturação O2:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR, CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, AFERIDOS SSVV, ELIMINAÇÕES ESPONTÂNEAS, COM MEDICAÇÃO DE HORÁRIO, COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA O DIA 19.02.2018, EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE

18/02/2018 20:31:28

COREN - 673863

MARIA EDIVÂNIA DE OLIVEIRA LEITE





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 879 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DE ENFERMAGEM - ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ADMISSÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: **Alerta**

ASPECTO GERAL

☒ - Ac. Venoso ☒ - Acianótico
Pálido Tremores
Vômitos Sudorese

Observações:

AUSENTE NO MOMENTO.

RAIO X

Observações/QTD:

Diurese: **Espontânea**

FÉRIDA OPERATÓRIA

☒ - Oculta Sangramento
Drenos Fixadores
Tala Tração
Edema Hematomas

SINAIS VITAIS

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

Pulso: **86**

Temperatura: **36,4** °C

Respiração: **20**

Pré: **2 XEROX DE RX.**

Pos: **1 PELÍCULA.**

Queixas do Paciente:

SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

Observações Gerais:

PACIENTE RETORNOU DO CENTRO CIRÚRGICO EM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE FRATURA DE FÊMUR(E) + PÉTELA, NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSD, AFERIDO SINAIS VITAIS, COMUNICADO A NUTRIÇÃO. SEGUE NO LEITO AOS

20/02/2018 13:10:04
COREN - 1135751
AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

ESTADO GERAL

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Com auxílio

Eliminac. Intestinais:

Eliminac. Vesicais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120**

70X

Pulso: **88**

Temperatura: **36,8**

Respiração: **20**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA
Oral
Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE JOVEM COM EGR NO POI DE FRATURA DE FEMUR AFEFRIL CONSCIENTE ORIENTADO NA HV POR ACESSO VENOSO PERIFÉRICO EM O2 AMBIENTE DIETA ORAL DIURESE ESPONTANEA EM USO DE ANT. CEFAZOLINA MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA SEGUE AOS CUIDADO DA ENFERMAGEM

20/02/2018 22:09:57

COREN - 249
EDNALDO BERNARDO DA SILVA

ESTADO GERAL

Alerta

Higiene
Com auxílio

DA EQUIPE.

Decúbito Dorsal

Respiração
O2 Ambiente

Corado

Deambulação

Acianótico

Restrito ao leito

BANHO NO LEITO.

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE.**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO.**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **130**

X 80

Pulso: **86**

Temperatura: **36,5** °C

Respiração: **19**

Saturação O2:

ACESSO VENOSO

DIETA
Oral
Obs:

Aceita Total

QUEIXAS DO PACIENTE

SEM QUEIXAS NO MOMENTO.

AVP/MSD.

Observações Gerais:

PACIENTE DE 29 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM 1º DIA PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FEMUR(E) + PATELA(E) NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSD EM USO DE ANTIBIOTICO (KEFAZOL) 1G. AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES. ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA. HIGIENIZADO TROCADO ROUPA DE CAMA E PESSOAL. RENOVAÇÃO CURATIVO COM ASPECTO LIMPO E SECO. SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

21/02/2018 10:13:44

COREN - 1135751
AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO



REGISTRO DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** N° Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL

Alerta
Decúbito Dorsal
Corado
Acianótico

Higiene **Com auxílio** **DA EQUIPE**

Respiração **O2 Ambiente**

Deambulação **Restrito ao leito** **BANHO NO LEITO**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO**

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **110 X 80**

Pulso: **86**

Temperatura: **36,3** °C

Respiração: **21**

Saturação O2: **98**

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Parcial

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE
SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AVP/MSE

Observações Gerais:

PACIENTE DE 29 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM 2º DIA PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR(E) + PATELA(E) NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSE EM USO DE ANTIBIÓTICO (KEFAZOL) 1G. AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES. ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA. HIGIENIZADO TROCADO ROUPA DE CAMA E PESSOAL. PERDEU O AVP/MSE PULCIONADO NOVO ACESSO EM MSE COM JELCO Nº 20.

COREN - 1135751

AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

Limpeza: **9-F0,9% GAZES LUVA DE PROCEDIMENTO LI**

Tipo de Ferida: **AMPA**

Localização: **FÊMUR + PATELA**

Condições do Leito:

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso

☐ Purulento

☐ Sanguinolento

☐ Sérossanguinolento

☐ Piosanguinolento

☒ Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

☐ Íntegra

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Alergica/Dermatite

☐ Macerada

Quantidade: **Selecione uma opç**

Odor: **Selecione uma opç**

BORDAS:

☐ Distintas

☐ Regulares

☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

22/02/2018 11:21:07

COREN - 115

DAYANA DE ARAUJO SILVA

ESTADO GERAL

Alerta
Decúbito Dorsal
Corado
Acianótico

Higiene **Com auxílio**

DA EQUIPE

Respiração **O2 Ambiente**

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais: **AUSENTE NO MOMENTO**

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 90**

Pulso: **84**

Temperatura: **36,6** °C

Respiração: **22**

Saturação O2: **97**

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Parcial

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE
SEM QUEIXAS NO MOMENTO

AVP/MSE

Observações Gerais:

PACIENTE DE 29 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE EM 2º DIA PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE FÊMUR(E) + PATELA(E) NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSE EM USO DE ANTIBIÓTICO (KEFAZOL) 1G. AFERIDO SINAIS VITAIS SEM ANORMALIDADES. ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA. SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AGUARDANDO VISITA MÉDICA.

22/02/2018 13:12:49

COREN - 1135751

AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO





Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3183-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

EVOLUÇÃO MÉDICA - CLÍNICA MÉDICA

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA**
Nascimento: **09/03/1988** 30 anos

Registro: **127354** Num.Internação: **1**
Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Evolução: **12/02/2018 19:48:12**

ADMISSÃO

PACIENTE ADMITIDO PARA CORREÇÃO DE FRATURA. NO MOMENTO ASSINTOMÁTICO.

COMORBIDADES: NEGA
NEGA ALERGIAS

SSVV OK

EGB, EUPNÉICO, AFEBRIL, GLASGOW 15
ACV: RCR EM 2T, BNF SEM SÓPROS
AR: MV + EM AHT, SEM RA
ABD: PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR, SEM VCM
EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS

CD:
SEGUE PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA
VPM
LAB

*Dr. Wendel Ferreira Costa
CRM - 6476*

WENDEL FERREIRA COSTA
CRM - 6476

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 50.920-000 Natal / RN
Conferido em 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 DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Nascimento: 09/03/1988 (30 anos Data Internação: 12/02/2018 19:31:00

Registro: 127354 N° Internação: 1

Leito: ENFERMARIA 110-B

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Cianótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminação Intestinal:

Eliminação Vesical: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 120

80X

Pulso: 74

Temperatura: 36

Respiração: 20

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

H.V. EM MSE

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS DE FRATURA DE FEMUR E H.V. EM MSE COM ESQUERMA
DE ATB(CEFAZOLINA 01 G DE 8/8H) VERIFICADO SSVV SEM
ALTERAÇÃO ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO O MESMO RECEBEU
VISITA MEDICA E ENCONTRA SE DE ALTA HOSPITALAR ESPERA DE
TRANSPORTE

23/02/2018 17

COREN - 198
VIVIANE NUNES DA SILVA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 58.022-920 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 DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: **FABIO DE LIMA MOURA** Registro: **127354** Nº Internação: **1**
Nascimento: **09/03/1988 30 anos** Data Internação: **12/02/2018 19:31:00** Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL	Higiene
<u>Alerta</u>	<u>Com auxílio</u>
<u>Decúbito Dorsal</u>	Respiração
<u>Corado</u>	<u>O2 Ambiente</u>
<u>Cianótico</u>	Deambulação
	<u>Restrito ao leito</u>

Eliminag. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminag. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120 X 80** Pulso: **74** Temperatura: **36** °C Respiração: **20** Saturação O2: Glucose no sangue:

ACESSO VENOSO

H.V. EM MSE

DIETA

Oral

Alcalia Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS. DE FRATURA DE FEMUR E H.V. EM MSE. COM ESQUERMA DE ATBI. CEFAZOLINA 01 G DE 8/8H VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÃO ADMINIS. MEDICAMENTOS. DE HORARIO. O MESMO RECEBEU VISITA MEDICA E ENCONTRA SE DE ALTA HOSPITALAR A ESPERA DE TRANSPORTE

23/02/2018 17:30:55

PACIENTE EM POS. DE FRATURA DE FEMUR SAIU DE ALTA HOSPITALAR ACOMPANHADO COM SEUS FAMILIARES, COM ORIENTAÇÃO DE SEMED, SEM QUEIXAS, ANEXO NO PRONTUÁRIO

COREN - 198689

VIVIANE NUNES DA SILVA

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tirol 50.922-420 Natal / RN
Confira o seu 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 DIÁRIO DE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Registro: 127354 Nº Internação: 1
Leito: ENFERMARIA 110-B

Paciente: FABIO DE LIMA MOURA

Nascimento: 09/03/1988 (30 anos Data Internação: 12/02/2018 19:31:00

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Eliminac. Vesical: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 130 80

ACESSO VENOSO

MED V.O E SN

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE DE FRATURA DE FEMUR E + TRACAO
TRANSQUELETICA, CONCIENTE E ORIENTADO, DEPENDENTE EM O2
AMBIENTE COM MED V.O E SN, HIGIENIZADO NO LEITO, REALIZADO TROCA
DE ROUPA DE CAMA VERIFICADO SSVV SEM ALTERACOES, ADMINIS.
MEDICAMENTOS DE HORARIO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM E A.M.C

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminac. Intestinais:

Respiração: 9

Saturação O2: Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

15/02/2018 11

COREN - 196
VIVIANE NUNES DA SILVA

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Eliminac. Vesical: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 100 X 80

ACESSO VENOSO

MED V.O E SN

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE DE FRATURA DE FEMUR E + TRACAO TRANSQUELETICA, CONCIENTE E
ORIENTADO, DEPENDENTE EM O2 AMBIENTE, COM MED V.O E SN, VERIFICADO SSVV SEM
ALTERACOES, ADMINIS. MEDICAMENTO DE HORARIO SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM E A.M.C

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminac. Intestinais:

*C Respiração: 20

Saturação O2:

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

15/02/2018 18:53:57

COREN - 199669
VIVIANE NUNES DA SILVA

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Acianótico

Eliminac. Vesical: PRESENTE

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: 100 80

ACESSO VENOSO

Observações Gerais:

PACIENTE EM PRE DE FRATURA FEMUR + TRACAO
TRANSQUELETICA, AFERIDOS SSVV SEM ANORMALIDADES COM
MEDICACAO ORAL PRESCRITA SEGUE BEM NO LEITO AVM E AMC ATE O
MOMENTO SEM QUEIXAS

Higiene
Com auxílio
Respiração
O2 Ambiente
Deambulação
Restrito ao leito

Eliminac. Intestinais:

Respiração: 21

Saturação O2:

Glicose no sangue:

QUEIXAS DO PACIENTE

DIETA

Oral

Obs:

Aceita Total

15/02/2018 21:40:59

COREN - 636
LILIANE BEZERRA DA SILVA

Página

medicWare





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: **FABIO DE LIMA MOURA**

Registro: **127354** Nº Internação: **1**

Nascimento: **09/03/1988** 30 anos Data Internação: **12/02/2018 19:31:00**

Leito: **ENFERMARIA 110-B**

ESTADO GERAL	Higiene
Alerta	Com auxílio
Decúbito Dorsal	Respiração
Corado	O2 Ambiente
Aclanótico	Deambulação
	Com auxílio

Eliminac. Vesicais:

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **120** X **80**

Pulso: **78**

Temperatura: **36,6** °C

Respiração: **20**

Saturação O2: **99**

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Oral

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE COM EGR NO POS-OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR + POS DE PATELA AFEBRIL CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE NA HV POR ACESSO VENOSO PERIFERICO DIETA ORAL DIURESE ESPONTANEA EM USO DE ANT. CEFAZOLINA MEDICADO CONFORME PRESCRICAO MEDICA SEGUE AOS CUIDADO DA ENFERMAGEM

22/02/2018 22:35:10

COREN - 24988

EDNALDO BERNARDO DA SILVA

Limpeza: **S.F0,9%,GAZES,LUVA DE PROCEDIMENTO,LUVA**

Tipo da Ferida: **LIMPA**

Localização: **FEMUR + PATELA**

Condições do Leito: **SEM PRESENÇA DE EXSUDATO**

EXSUDATO DA FERIDA:

☐ Seroso

☐ Purulento

☐ Sanguinolento

☐ Serossanguinolento

☐ Piosanguinolento

☒ Sem Exsudato

PELE - PERILESIONAL

☒ Inteira

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descarnada

☐ Alérgica/Dermatite

☐ Macerada

BORDAS

Quantidade: **Selecione uma opc**

Odor: **Selecione uma opc**

☐ Distintas

☒ Regulares

☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

23/02/2018 11:24:44

COREN - 968653

BRENDA SANDRINELLE FIGUEIREDO DE LIMA

ESTADO GERAL

Alerta

Decúbito Dorsal

Corado

Clanótico

Higiene

Com auxílio

Respiração

O2 Ambiente

Deambulação

Restrito ao leito

Eliminac. Vesicais: **PRESENTE**

Eliminac. Intestinais:

SINAIS VITAIS

Pres. Arterial: **130** X **80**

Pulso: **80**

Temperatura: **36,8** °C

Respiração: **18**

Saturação O2:

Glicose no sangue:

ACESSO VENOSO

DIETA

Aceita Total

Obs:

QUEIXAS DO PACIENTE

Observações Gerais:

PACIENTE EM POS DE FRATURA DE FEMUR E CONSCIENTE E ORIENTADO DEPENDENTE EM O2 AMBIENTE HIGIENIZADO NO LEITO REALIZADO TROCA DE ROUPA DE CAMA VERIFICADO SSVV SEM ALTERAÇÕES ADMINIS. MEDICAMENTOS DE HORARIO SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM E A.V.M

23/02/2018 13:09:03

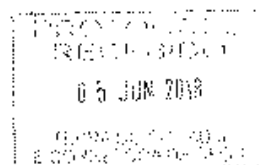
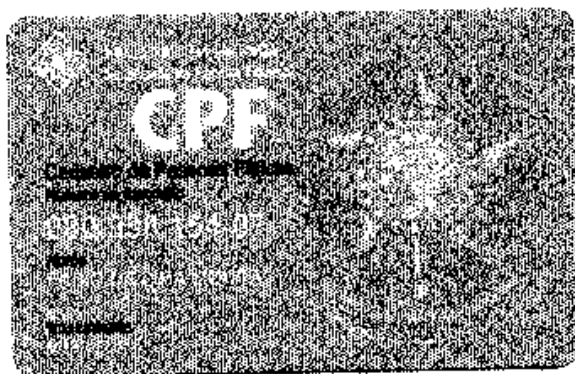
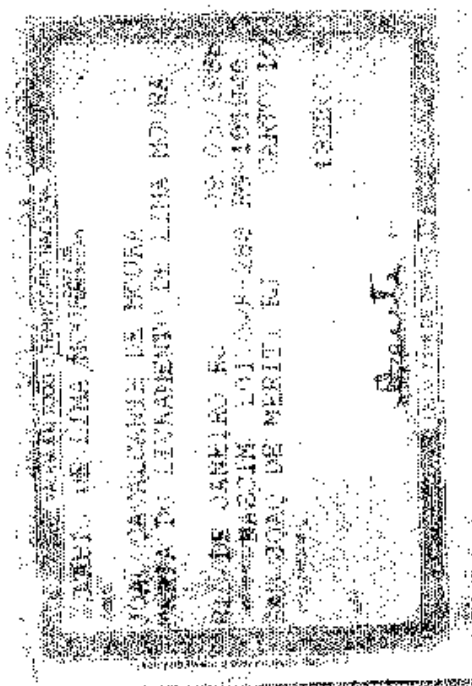
COREN - 139689

VIVIANE NUNES DA SILVA

MedicWare

Página 1





Em 05/06/2018 14:24:13

Dados do Veículo de placa NNM2857							
Placa	Renavam	Placa Anterior	Tipo	Categoria	Espécie	Lugares	
NNM2857	986210838	NNM2857/RN	4-MOTOCICLETA	1-Particular	1-Passageiro	2	
Marca/Modelo			Fabricação/Modelo	Potência	Combustível	Cor	Carroceria
009611-YAMAHA/FACTOR YBR125 K (Nacional)			2008/2009	0	2-Gasolina	11-PRETA	999-NAO APLICAVEL
Nome do Proprietário					Registro DETRAN		
FABIO DE LIMA MOURA					DetranNet		
Proprietário Anterior					Situação Lacre		
SANDRO EVANGELISTA DE OLIVEIRA					REGULAR Portaria 272/2007 DENATRAM		
Município de Emplacamento			Licenciado até		Adquirido em	Situação	
NATAL			2017 em 25/08/2017 através do Registro de Veículo (CRV)(Via 1)		02/08/2017	Em Circulação	
Restrição à Venda					Camê de Licenciamento 2018		
Sem gravame					Gerado em 22/05/2018 às 16:48 hs.		
Informações PENDENTES originadas das financeiras via SNG - Sistema Nacional de Gravame							
Nenhuma informação pendente até esta data							
Impedimentos							
Nenhum impedimento registrado até esta data							
Exatagem de Débitos							
Classe (Clique abaixo para a emissão da GUIA)			Número da Guia	Vencimento	Valor Nominal(R\$)	Valor Atual(R\$)	
Licenciamento Anual 2018			0716596.041.0-7	14/06/2018	90,00	90,00	
Seguro DPVAT (Parcela Única) 2018			9.00092229505	04/06/2018	185,50	185,50	
IPVA (Cota Única) 2018			0716596.043.0-1	04/06/2018	59,32	60,08	
Total dos Débitos					R\$ 334,82	R\$ 335,58	
Taxas Detran		Seguro DPVAT	IPVA	Multas			
90,00		185,50	60,08	0,00			
Infrações em Autuação							
Nenhuma Notificação de Autuação realizada para este veículo até o momento.							
Exatagem de Multas							
Nenhuma multa em aberto cadastrada para este veículo até o momento.							
Último Processo							
Processo	Interessado	Início em					
63005075/2017	08093615407	25/08/2017 às 10h15min					
Situação		Final em					
Encerrado		25/08/2017 às 10h39min					
Serviço		Execução em					
Transferência de Propriedade		Em 25/08/2017 às 10h15min por 01290670404					
Geração de guia de pagamento		Em 25/08/2017 às 10h15min por 01290670404					
Auditoria		Em 25/08/2017 às 10h39min por 44378696487					
Emissão CRV(1ª via)		Em 25/08/2017 às 10h49min por 20024673404					
Recurso de Infração							
Nenhuma Processo de Recurso de Infração cadastrado para este veículo até o momento.							
Histórico de Impedimentos							
Impedimento	Outorgante	Motivo	Observação	Data Limite	Situação	Data Inclusão	
Apreensão (LEILÃO DE VEÍCULOS 2015 - 1º SEMESTRE)					Baixado em 07/06/2016 por 02004260440	Por 29/10/2012 05:59:19	
						DDETRAN0385384428	

**Não Possui valor como
NADA CONSTA!**

**PROTOCOLO
RECEBIDO**
05 JUN 2018
TERRA DO SOLADIM
E CORRETORA DE SEGS

4 Volkar

05/06/2018 14:24



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180257075 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO DE LIMA MOURA **Data do acidente:** 01/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR E PATELA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM CONSEQUÊNCIA AO SINISTRO EM QUESTÃO

Documentos complementares:

Observações:

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



JUSTIFICATIVA DA FALTA DE PRONTUÁRIO COMPLETO

Eu, FABIO DE LIMA MEURIS, brasileiro (a), portador do
Rg nº 002.452.720 e CPF 080.936.134-07, residente e domiciliado (a) TRAVESSA SHALOM Bairro PAJUCARIL Município
NATAL/RN, venho perante a seguradora Líder dos consórcios,
afirmar que não tenho nenhum desses documentos exigidos pela seguradora Líder.

1. Relatório de tratamento com indicações das lesões produzidas pelo trauma, datas e locais de tratamento realizados (clínicos, cirúrgicos e fisioterápicos) e data de conclusão do tratamento.

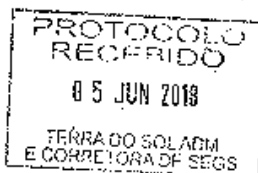
Venho por essa declarar que não tenho documentos acima citados. Pois devido muitos problemas não fiz o tratamento por completo e nem tenho condições de fazer. Não tem como pagar médico para fazer laudo.

Espero que os senhores compreendam a minha situação e assim possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a MARCAÇÃO DE PERÍCIA para confirmar minhas sequelas.

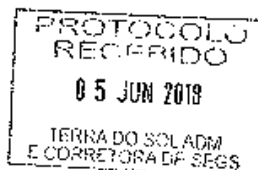
Local NATAL/RN Data 05/06/2018

Atenciosamente

Fabio de Lima Meuris



PROCURAÇÃO PARTICULAR



OUTORGANTE:

Nome: FABIO DE LIMA MOURA, brasileiro(a),
estado civil: _____ Profissão: _____ portador(a) do RG
002452720, órgão expedidor _____ e do CPF: 030.936.154-07, residente
no(a) TRAVESSA SHALOM, nº 548,
bairro: PAJUEIRA, município: NATAL, RN.

OUTORGADO:

Nome: MARCOS BATISTA FABRICIO, brasileiro(a),
estado civil: CASADO Profissão: _____ portador(a) do RG
1375340, órgão expedidor SSP/RN e do CPF: 806783034-20, residente
no(a) RUA DO XAREU, 1, nº 440,
bairro: PARDOS DAS DENAS, município: NATAL, RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

NATAL/RN 05/06/2018

Local e Data

CARTÓRIO

Fabio de Lima Moura

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



Franklin Roberto Fernandes Rodrigues
Tabelião Público Substituto