



Número: **0800136-25.2020.8.20.5144**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Monte Alegre**

Última distribuição : **04/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILBERTO FRANCISCO DA SILVA (AUTOR)		GEONARA ARAUJO DE LIMA (ADVOGADO) SUELY FERNANDES RIBEIRO DE SOUSA (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
63409977	02/12/2020 14:51	2770128_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716675

Vítima: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15283877

Pag. 00731/00732 - carta_01 - INVALIDEZ

00010366





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190716675

Vítima: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 07/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE DA CRUZ GONCALVES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **GILBERTO FRANCISCO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002008**

Conta: **0000089947-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 053.463.854-60 4 - Nome completo da vítima: Gilberto Francisco da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Gilberto Francisco da Silva 6 - CPF: 053.463.854-60
7 - Profissão: Cassino 8 - Endereço: Rua das Oliveiras 9 - Número: 30 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Alto paraíso 12 - Cidade: Buzinho 13 - Estado: 14 - CEP: 59219-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81992237551

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2008 CONTA: 89947-0

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 053.463.854-60 4 - Nome completo da vítima: Gilberto Francisco da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Gilberto Francisco da Silva 6 - CPF: 053.463.854-60
7 - Profissão: Gesseno 8 - Endereço: Rua das Oliveiras 9 - Número: 30 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Alto paraíso 12 - Cidade: Buzinho 13 - Estado: 14 - CEP: 59219-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 99223 7551

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 2008 CONTA: 89947-0

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 14/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1377/2018 – DPMA.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE VEÍCULO

Local: Em Brejinho/RN.

Data e Hora do Fato: Dia 07/07/2018 por volta da 20h.

Comunicante/Vítima: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA Sexo: M Est. Civil: Solteira.

Filiação: FRANCISCO ROSA DA SILVA E ALZIRA MARIA XAVIER

Natural de: Monte Alegre/RN

Nascido em: 12/01/1986

Idade: 32 anos

RG: 003.052.591 ITP/RN **CPF:** 053.463.854-60

Endereço: Rua das Oliveiras, 30 – Alto – Paraíso - Brejinho/RN.

Profissão: Gesseiro **Telefone:** 84 9 9223-7551

ACUSADA: A ESCLARECER

Endereço: Conjunto Alegreto – Monte Alegre/RN

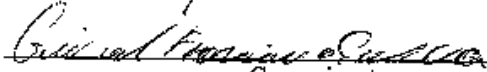
HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA:

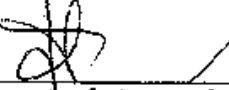
O Comunicante compareceu até esta Delegacia de Polícia para informar que na hora e data supracitada sofreu acidente de veículo; QUE o comunicante trafegava na pista que liga a cidade de Brejinho/RN a Santo Antônio/RN; QUE ao passar pelo Povoado Santa Maria – Brejinho/RN, Perdeu o controle do seu carro, o veículo VW/GOL MI, PLACA KJF 3299/PE, RENAVAM 00684394926; QUE o referido veículo era do comunicante, mas ainda não havia feito a transferência, estando o carro no nome de Bruno Ferreira de Sousa; QUE o comunicante perdeu o controle do veículo, foi para a contramão da via e colidiu com um caminhão; QUE no acidente, somente, a vítima se feriu; QUE a vítima foi atendida no Hospital Walfredo Gurgel, em Natal/RN, conforme consta na guia 34033/2018. Nada mais disse o comunicante.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do comunicante.

Providências Adotadas: Registro do Boletim de Ocorrência. Dado ciência à autoridade policial.

Monte Alegre/RN, 22 de Outubro de 2018 às 14h20min


Comunicante


Josias de Assis Rocha
Mat.: 207.076-6





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 faz necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº **71662/1** referente ao paciente **GILBERTO FRANCISCO DA SILVA** 32 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 07/07/2018 em Brejinho/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 26 de julho de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3

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 3209-4316



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 71662/1

Data: 07/07/2018

CHAMADO

TARM: BRENDA DE MEDEIROS MELO

Médico Regulação: ALYNE ALVES SOBRINHO

Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Médico Cena: RICARDO LUIZ LARANJA KLAUSNER

Equipe Enfermagem: Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USA 04 (BÁSICA) (SANTO ANTÔNIO)

Equipe VTR: HUGO DA COSTA PEREIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
RENATO UMBELINO DA SILVA JUNIOR - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
------------------	-------	------------	--------	------------------	-------------------------	--------------------

Cidade: BREJINHO (NP)

Nome do Solicitante: DR JORGE CRM 9125

Telefone: (84) 99130-9340

Nome do Paciente:

(I) GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Idade: *

32 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Referência/Complemento:

Motivo Transferência: INTERNAÇÃO

Unidade de Origem Transferência: HOSPITAL DE BREJINHO - HOSP MATERNID. MARIA DAS NEVES (NÃO PACTUADO)

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CUIDADOS DO DR HEITOR NO HCS.

Observações TARM: REGULADO COM DR HEITOR NO POLITRAUMA

Queixa Primária: FRATURA DE FEMUR À ESQUERDA

Quem Solicitou: Médico

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

07/07/2018 20:52:24 - Dr(a). ALYNE ALVES SOBRINHO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE COM AUTOMÓVEL

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X CAMINHÃO ALCOOLIZADO. ESTAVA COM CINTO DE SEGURANÇA NEMATOMA EM TORAX ANTERIOR. FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO ABDOME FLACIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA ECG 15, PUPILAS ISOFOTOREAGENTES PA 120 X80 PC 86 SAT02 99% EM MV50% HGT 146 FR 20 REGULADO NO POLITRAUMA DO CLOVIS SARINHO COM DR HEITOR TEM AMBULANCIA, MAS ESTÁ COM 2 GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO E PROVAVELMENTE IRÁ PRECISAR REMOVÊ-LAS

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: Médica

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 07/07/2018 20:58:19 Usuário: (TARM) BRENDA DE MEDEIROS MELO
Observação: CONFIRMADO A REGULAÇÃO COM DR HEITOR NO POLITRAUMA.Data: 07/07/2018 21:04:04 Usuário: (RADIO OPERADOR) GHUTEMBERG DIAS FERREIRA
Observação: Controle de frota: USB 04 ACIONADA, EQUIPE JÁ NO QTH DO HOSPITAL DE BREJINHOData: 07/07/2018 23:45:38 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA
Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUIDADOS DO DR HEITOR NO HCS.

RELATÓRIOS DO CHAMADO

Chamado:
07/07/2018
20:46:46
Saída Local:
07/07/2018
21:38:27Regulação Médica:
07/07/2018
20:52:24
Chegada Destino:
07/07/2018
22:31:00Solicitação VTR:
07/07/2018
21:03:42
Liberação Destino:
07/07/2018
23:45:27Saída VTR:
07/07/2018
21:03:43
Liberação VTR:
07/07/2018
23:45:28Chegada Local:
07/07/2018
21:03:44*Walter Ferreira da Silva*



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 faz necessário, que foi encontrado a ocorrência Nº **71662/1** referente ao paciente **GILBERTO FRANCISCO DA SILVA** 32 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 07/07/2018 em Brejinho/RN. Conforme ficha anexa.

Natal, 26 de julho de 2018

Ubiratan Wagner de Sousa
Coordenador da Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.210991-3

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 3209-4316



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 71662/1

Data: 07/07/2018

CHAMADO

TARM: BRENDA DE MEDEIROS MELO

Médico Regulação: ALYNE ALVES SOBRINHO

Rádio Operador: KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA

Médico Cena: RICARDO LUIZ LARANJA KLAUSNER

Equipe Enfermagem: Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USA 04 (BÁSICA) (SANTO ANTÔNIO)

Equipe VTR: HUGO DA COSTA PEREIRA - CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA
RENATO UMBELINO DA SILVA JUNIOR - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MÉDICA	TROTE	INFORMAÇÃO	ENGANO	QUEDA DA LIGAÇÃO	CONTATO COM EQUIPE SAMU	TRANSF./INTERNAÇÃO
------------------	-------	------------	--------	------------------	-------------------------	--------------------

Cidade: BREJINHO (NP)

Nome do Solicitante: DR JORGE CRM 9125

Telefone: (84) 99130-9340

Nome do Paciente:

(I) GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Idade: *

32 ANO(S)

Sexo: *

MASCULINO

Endereço não informado

Referência/Complemento:

Motivo Transferência: INTERNAÇÃO

Unidade de Origem Transferência: HOSPITAL DE BREJINHO - HOSP MATERNID. MARIA DAS NEVES (NÃO PACTUADO)

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Observações Rádio Operador: PCTE AOS CUIDADOS DO DR HEITOR NO HCS.

Observações TARM: REGULADO COM DR HEITOR NO POLITRAUMA

Queixa Primária: FRATURA DE FEMUR À ESQUERDA

Quem Solicitou: Médico

Distância do paciente:

Local:

Histórico Regulação Médica:

07/07/2018 20:52:24 - Dr(a). ALYNE ALVES SOBRINHO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE COM AUTOMÓVEL

REGULAÇÃO: PACIENTE VITIMA DE COLISÃO CARRO X CAMINHÃO ALCOOLIZADO. ESTAVA COM CINTO DE SEGURANÇA NEMATOMA EM TORAX ANTERIOR. FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO ABDOME FLACIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA ECG 15, PUPILAS ISOFOTOREAGENTES PA 120 X80 PC 86 SAT02 99% EM MV50% HGT 146 FR 20 REGULADO NO POLITRAUMA DO CLOVIS SARINHO COM DR HEITOR TEM AMBULANCIA, MAS ESTÁ COM 2 GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO E PROVAVELMENTE IRÁ PRECISAR REMOVÊ-LAS

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USB

PRIORIDADE: Médica

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:

Apoio:

OBSERVAÇÕES

Data: 07/07/2018 20:58:19 Usuário: (TARM) BRENDA DE MEDEIROS MELO
Observação: CONFIRMADO A REGULAÇÃO COM DR HEITOR NO POLITRAUMA.Data: 07/07/2018 21:04:04 Usuário: (RADIO OPERADOR) GHUTEMBERG DIAS FERREIRA
Observação: Controle de frota: USB 04 AÇIONADA, EQUIPE JÁ NO QTH DO HOSPITAL DE BREJINHOData: 07/07/2018 23:45:38 Usuário: (RADIO OPERADOR) KLEBERSON PLATINY COUTO SILVA
Observação: Controle de frota: PCTE AOS CUIDADOS DO DR HEITOR NO HCS.

RELATÓRIOS DO CHAMADO

Chamado:
07/07/2018
20:46:46
Saída Local:
07/07/2018
21:38:27Regulação Médica:
07/07/2018
20:52:24
Chegada Destino:
07/07/2018
22:31:00Solicitação VTR:
07/07/2018
21:03:42
Liberação Destino:
07/07/2018
23:45:27Saída VTR:
07/07/2018
21:03:43
Liberação VTR:
07/07/2018
23:45:28Chegada Local:
07/07/2018
21:03:44*Walter Ferreira da Silva*

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: 06/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000089947-0

Nr. da Autenticação 4501594D41D21339





SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE BREJINHO
Pça. Prta. Castelo Branco, 207 - Centro - Brejinho / RJ
FONE : (84) 3283-2724
C/C : 08.483.216/0001-67

0001593-4 - DANIELA RODRIGUES DA SILVA

RUA DAS OLIVEIRAS, 30 3291
LOT. ALTO PARAÍSO 00.00.11.0000003291
BREJINHO - RIO GRANDE DO NORTE
Cep. 59219-000

00.00.11.0000003291

A-2.446

Cuidar da Água é responsabilidade de Todos!
SAAE - Sua Vida Bem Tratada!





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www7.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO, * 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 ANDRÉ DA CRUZ GONÇALVES

inscrito (a) no CPF/CNPJ 066.640.874-06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GILBERTO ERUCISCO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o nº 053.463.854-60

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da vítima GILBERTO ERUCISCO DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o nº 053.463.854-60, 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>FAZENDA NOVA</u>	Número: <u>2</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>COQUEL ESTERIL</u>	Cidade: <u>ATALAIA</u>	Estado: <u>AL</u>
E-mail: _____	CEP: <u>55070-720</u>	Tel. (DDD) <u>(24) 9.8772-0612</u>

Local e Data: ATALAIA 12 NOVE 2019

André da Cruz Gonçalves
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





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



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 34033 /2018

Admissão: 07/07/2018 22:45:30

CIRURGIA GERAL AMARELO

12

Paciente: 82583 - GILBERTO FRANCISCO DA SILVA (32 a 5 m 26 d)

Nascimento: 12/01/1986 Natural: MONTE ALEGRE, BRASIL

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 708702137120090

CPF: 05346385460

Prof:

Mãe: ALZIRA MARIA XAVIER

Pai:

Logradouro: DAS OLIVEIRAS, 30

CEP: 59219000

Bairro: ALTO PARAIZO

Cidade: BREJINHO

Telefone: 84.992237551

Compl:

Motivo: CARRO X CAMINHÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU RN

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 07/07/2018 22:38:28				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RT
07:40	120/80		99		20	76		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO CARRO CAMINHÃO/ FRATURA DE FEMUR E

Hora: _____

Acidente muito recente. Já há 05 horas no período de captação
do exame. Refere da montanha (C) e (D).

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VAI em um de lado, referiu dor o dorso

B VAI em um de lado, referiu dor o dorso

C VAI em um de lado, referiu dor o dorso

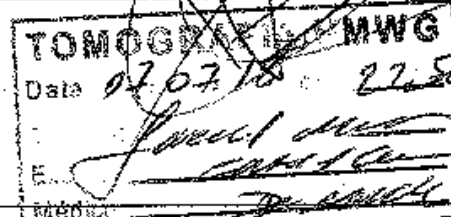
D VAI em um de lado, referiu dor o dorso

E VAI em um de lado, referiu dor o dorso

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

VAI em um de lado

*Saída: -



DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Traumatismo

Femur

RX

Perna

*Gerado via SX por WELLINGTON GOMES DO NASCIMENTO. Impresso em 07 de Julho de 2018.

77218
Aparelho



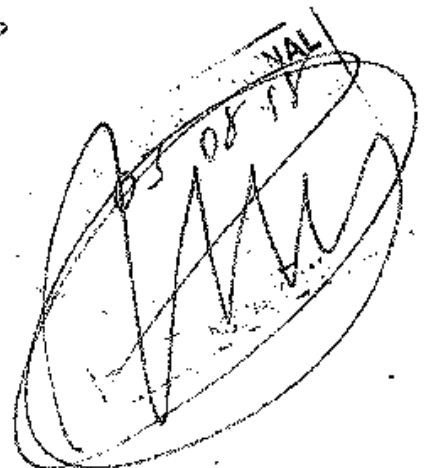
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 02/12/2020 14:51:52
<https://pje1g.trn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012021451511100000060780404>
 Número do documento: 2012021451511100000060780404

anexos técnicos

- 1) AC - 80 liter
- 2) F/P - 20 cm
- 3) PA 100 x 40 cm
- 4) HGT - 146 kg
- 5) Equipamento
capilar - 3
- 6) ST 96%
em ambiente

CO - ST 0.9% 500 ml.
Em porta de entrada
2. Acesso reverso
Calibrosos.
PL 500 ml av.
Atropina 10 mg/ml.
Sonda B&D
O2 ml 50% 81/min

[Handwritten signature]





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE GREINÃO/RN

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Guilherme Aguiar de Azevedo

RECEITUÁRIO MÉDICO

fol.

Camminubemba

100 H6666

Acidente de trânsito

100 Polietileno H6666

100

Prontuário de trânsito

original

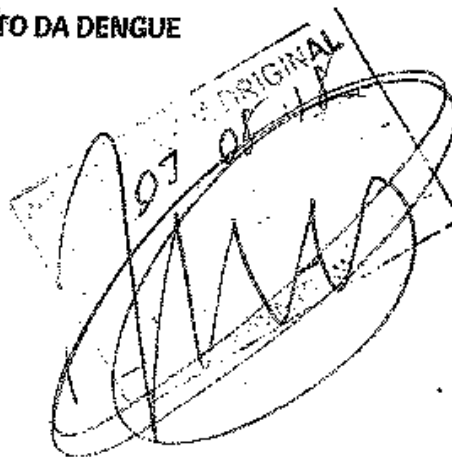
100 Prontuário pela

Exame de

transito.

21/12/2019

VAMOS COMBATER O MOSQUITO DA DENGUE





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

FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL

Identificação

Enfermaria: _____ Leito: _____ UTE: _____ Leito: _____
Data de admissão: 07/07/2018 Alta: _____
Nome: Guilherme Francisco da Silva Naturalidade: Monte Alegre
Idade: 32a Sexo: (X) Masculino () Feminino Data de Nascimento: 12/01/1986
RG: 003.052.591 Estado Civil: Solteiro Nível de Instrução: Ens. Fund. 3ª
Filiação: Pai: Vinícius Pereira da Silva
Mãe: Alcyon Maria Xavier
Endereço: Rua das Ulmeiras, 30 - Jd. P. R. R. Cidade: Brejo Santo
Telefone: 99223.7551 () Residencial () Trabalho () Reca
Contato: _____ Outros telefones: 99299.5330
Composição familiar: 04
Outras informações: Faz uso de (X) Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: Gerente Trabalho c/ vínculo empregatício (X) Não () Sim
() Aposentado () Auxílio doença () BPC () Autônomo () Pensionista () Desempregado
Programas e Serviços: () Passe Livre () Bolsa Família () PETI () PSF () CAPs () SAD
Internação decorrente de acidente de trabalho? () Não () Sim Nome da Empresa _____

Forma de Acesso ao Serviço

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

Crerícios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não () Sim Qual o motivo? _____
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Daniela Rodrigues da Silva
Parentesco: Extrangeria Telefone: 99223.7551
Endereço do Responsável: _____

Evolução

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

07.07.2018 - Paciente vítima de colisão motorizada com veículo MTB, em via pública da Ortopedia. Situação estável, com familiares acompanhando.

Saída

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

Missão: Orientar, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, cirúrgica, aguda de doenças crônicas, de especial e transit. de saúde, melhorar práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores ético-humanitários.





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

BOLETIM
OPERATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: CICILIANA F. DA SILVA Reg. Nº

Diagnóstico pré-operatório: FÚLIDIA EXTERNA FLUOR

Indicação terapêutica: TRAT ELIMINAR Urgência () Eletiva ()

COMOZIA + TRACIM INTERVENÇÃO

Data: Início: Término: Duração:

Operador: WALCIR W BRANDÃO CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesiologista: CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

ASSPVEIA + ANÓSTOMIA

AMPLIADA LAEISAO

LACERACAO ESTOMACAL COL LEITO

ESQUELETO H. SABAO EM

DEBILITACAO ELIMINAR

EXTORCA RAO PELADO

IMPLANTACAO BRILHANTE

ELIMINACAO

WALCIR M. BRANDÃO
Cirurgião e Transmologia
CRM 3642

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 tra-
da acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

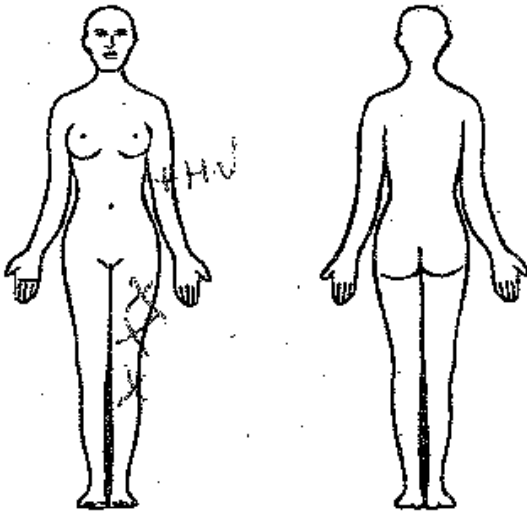




GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
Secretaria de estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Barreto
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

FICHA DE ADMISSÃO DE ENFERMAGEM E DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE: Galbuto Famosco da Silva
DATA DE NASCIMENTO: 12/10/1986 IDADE: 32 anos
REGISTRO: 1173206 - Fm 6722/2018
DATA DE ADMISSÃO: 09/07/2018 HORA: 08:00
ADMISSÃO DO PACIENTE: Outg. pedio
CLÍNICA CIRÚRGICA RESPONSÁVEL: Outg. pedio
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 (x) NÃO () Urticária HIPERTENSO: SIM () NÃO (x)
DIABÉTICO: SIM () NÃO (x) ASMÁTICO: SIM () NÃO (x)
DOENÇA RENAL: SIM () NÃO (x) OUTRAS PATOLOGIAS: _____
MEDICAÇÕES EM USO: _____
CIRURGIAS ANTERIORES: _____
EXAMES COMPLEMENTARES: SIM () NÃO ()
OBSERVAÇÃO: _____
ÁREA DE TRICOTOMIA: _____ HORA: _____
ÁREA DE PUNÇÃO: _____ HORA: _____
OBS: MARCAR LOCALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, PUNÇÃO E TRICOTOMIA



JALECO Nº: _____ ACESSO CENTRAL: _____

INSTRUMENTADO: bandes
CIRCULANTE: Diamantes
TIPO DE ANESTESIA: GERAL () RAQUI (x) PERIDURAL () B.P.B. () LOCAL ()
OBS: _____
ANESTESISTA: Dr. Victor Dantas
INÍCIO DE ANESTESIA: 08:10
TÉRMINO DE ANESTESIA: _____
ANTIBIÓTICO ADMINISTRADO: Cefazolina 2gr
HORA: 08:30

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



INICIO DE CIRURGIA: 08:25

CIRURGIÃO: Dr. Macedo

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: 1º Enxerto de fíbula exposto de fêmur + limpeza
+ enxerto transosteotômica em perna esquerda

TÉRMINO DE CIRURGIA: 09:20

SONDAGEM VESICAL: SIM (x) NÃO () JÁ EM USO Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM () NÃO (x) Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM () NÃO (x) RX: SIM () NÃO (x)

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: 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 (x) NÃO () QUANTIDADE: 20

GAZES CONFERIDAS: SIM (x) NÃO () QUANTIDADE: 100

CAIXA CIRÚRGICA: Box

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 AMBIENTE: SIM (x) NÃO () TRAQUEOSTOMIZADO: SIM () NÃO ()

ENTUBADO: SIM () NÃO ()

PREENCHIDO AIH: SIM (x) NÃO ()

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

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

OBSERVAÇÕES: 08:00 Paciente admitido na SA para submeter-se a
um procedimento cirúrgico aos membros da antepedia
após torniquete com oxímeter de pulso, JVT e condutividade
Diferencial, realizado com intercostais.

08:30 após anestesia com 10mg, ondansetrona 8mg e
clonitazina 2mg EV pelo anestesiologista.

10:10 Paciente encaminhado ao ex. comente e orientado
H.V. 5/0 com sutura presente, com tração em perna es-
querda. Lixa nos membros da amputação.

09:143x65mmHg

EC: 94

SpO2 100

Assinatura do (a) Enfermeiro(a)

Diana Medeiros
Assinatura do Cirurgião

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

Assinatura do Instrumentado





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

FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Leibete Francisco da Silva ASA: IE
Idade: 32 anos Sexo: Masculino Registro: _____
Diagnóstico: Fratura exposta fêmur esquerda Data: 08/07/18
Cirurgia Realizada: Limpes + fixação
Cirurgião: Marcelo M. Brandão Auxiliar: _____
Anestesiologista: Vitor Santos F. Lopes Enfermagem: _____
História Clínica Admissional: Alergia a Venetana. Sólido msc. positivo

Técnica Anestésica: Sedação, anestesia clorox. cloróxio na gni 4-4
paramediana com bupivacaína 0,5% líquido insulino cristalino

Grid for vital signs recording. The grid is divided into two main sections. The top section is labeled 'Sístole' and contains a row of numbers: 120, 110, 100, 90, 80, 70, 60, 50, 40, 30, 20, 10. The bottom section is labeled 'Diástole' and contains a row of numbers: 80, 70, 60, 50, 40, 30, 20, 10, 0. The grid is used to record vital signs over time.

Início: 08:10 08:25 Término: 09:20 09:30

Anestésicos Utilizados:

1. Fentanil 100 mcg
2. DSF 500 mg
3. Suprileína pesada 10 mg
4. Midazolam 2 mg
5. Propofol 20 mg
6. Cloróxio 2g
7. Cloróxio 2g
8. Cloróxio 2g
9. Cloróxio 2g
10. Cloróxio 2g
11. Cloróxio 2g
12. Cloróxio 2g
13. Cloróxio 2g

1. DSF 500 mg
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

Encaminhamento: _____

Assinatura do Anestesiologista - CRM

Vitor Santos F. Lopes
CRM - 6424
CPF - 008.001.124.00

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.



HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

N° FIA: 6722 /2018

Prontuário: 1173206

Paciente: 82583 - GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

Cartão SUS:708702137120090

CPF: 05346385460

Dt Nasc: 12/01/1986

Idade: 32 anos 5 meses 27 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: ALZIRA MARIA XAVIER

Nome do pat:

Rua/Av: DAS OLIVEIRAS

Complemento:

CEP: 59219000

Nº:30

Bairro: ALTO PARAIZO

Telephone: 84 992237551 84 992237551

Cidade: BREJINHO

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1028

Responsável: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA -

Usuário: GLAUBER STEVEN RAMOS DE MEDEIROS

Admissão: 08/07/2018 04:13:22

Alta:

Obituary

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S72.3 - FRATURA DA DIAFISE DO FÊMUR
408050518 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

NATAL, 08 de Julho de 2018.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



EXT. 003 463 00460

tel - 49223.7557 SWD 708 7021 3712 0090

OT



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

Mãe: Alzira Maria Xavier

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 44

NOME: Gilberto Francisco da Silva

IDADE: 12.01.1986

COR:

SEXO: M

ESTADO CIVIL:

Solteiro

NATURALIDADE: Monte Alegre

PROFISSÃO: Gessuário

PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua das Oliveiras 30

BAIRRO: Alto Paroico

CIDADE: Brejinho

DATA: 15.07.2018

HORA: 10:11

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐

RÉGULAR ☐

COM DISPNEIA ☐

CHOCADO ☐

COMATOSO ☐

C/ HEMORRAGIA ☐

EM CONVULSÃO ☐

POLITRAUMATIZADO ☐

AGITADO ☐

OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO

SIM ☐

NÃO ☐

PUPILAS

A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW)

B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA

C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP.

RESPIRAÇÃO

PULSO

T.A.

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA):

Acidente automobilístico entre Bde e caminhão de HW6 com fratura do fêmur @

EXAME FÍSICO

Com FTE

Bom Refúrio

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

frat. fêmur

CONFIRMAÇÃO

12/07/18





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2- CNES
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA	4- CNES 3515188
Identificação do Paciente	
5- PACIENTE GILBERTO FRANCISCO DA SILVA	6- NÚMERO DO PRONTUÁRIO 161584
7- CARTÃO NACIONAL SUS 708 7821 3712 0080	8- DATA DE NASCIMENTO 12/04/1986
9- SEXO MASCULINO	10- RAÇA/COR PARDA
11- NOME DA MÃE ALZIRA MARIA XAVIER	12- TELEFONE DE CONTATO 992237551
13- NOME DO RESPONSÁVEL O MESMO	14- TELEFONE DE CONTATO
15- ENDEREÇO (RUA, Nº) LOT ALTO PARAISO	
16- MUNICÍPIO BREJINHO	17- ZONA RURAL ZONA RURAL
18- UF RN	19- CEP 58219000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente automobilístico apresentando Fratura da perna da esquerda</i>			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de cirurgia</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>Rx</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL	24- CID 10 PRINCIPAL	25- CID 10 SECUND.	26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Procedimento Solicitado		28- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 04449109481
27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ortopedia e Traumatologia</i>	31- DOCUMENTO 1568819 () CNS () CPF	32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 04449109481
29- CLÍNICA	30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO	33- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	34- DATA DA SOLICITAÇÃO	

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
35- () AC. TRÂNSITO	39- CNPJ DA SEGURADORA	40- Nº DO BILHETE	41- SERIE
37- () AC. TRABALHO TIPO	42- CNPJ DA EMPRESA	43- CNAE DA EMPRESA	44- CBOR
38- () AC. TRABALHO TRAJETO			
45- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

Autorização		52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47- COD. ORGÃO EMISSOR	
48- DOCUMENTO () CNS () CPF	49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50- DATA DA AUTORIZAÇÃO	51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

CONFERÊNCIA
19/05/20





PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLÍNICA
ORTOPEDIA

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		161554
DATA	HORA	CATEGORIA
15/07/2018	11:42	GIN
PACIENTE		DATA DE NASCIMENTO
GILBERTO FRANCISCO DA SILVA		12/04/1986
ESTADO CIVIL	PROFISSÃO	
SOLTEIRO	GESSEIRO	
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
LOT ALTO PARAISO		
MUNICÍPIO	BAIRRO	UF
BREJINHO	ZONA RURAL	RN
LOCAL DE TRABALHO		CEP
		59219000
		TELEFONE
FILIAÇÃO		
ALZIRA MARIA XAVIER	FRANCISCO ROSA DA SILVA	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
O MESMO		992237551
ENDEREÇO		
O MESMO		
DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		

DATA DE ADMISSÃO

ALTA

ÓBITO

HISTÓRIA CLÍNICA

Acidente Automobilístico
operando veículo particular de
Dirigido por F. Silva

CONFERE COPIA
19/06/18

EXAMES COMPLEMENTARES

Ass. do Responsável

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

☐ HEMATOLOGIA	☐ NEUROLOGIA	☐ NEFROLOGIA	☐ CIR. VASCULAR	☐ ENDOSCOPIA
☐ CLÍNICA MÉDICA	☐ CIRURGIA GERAL	☐ ORTOPEDIA	☐ BUCO-FACIAL	☐ UROLOGIA
☐ NEUROCIRURGIA	☐ OTORRINO	☐ OFTALMOLOGIA	☐ C. PLÁSTICA	☐

CONDUTA

① Rx fluor (FEP)
② Traço myelograma

Ass. do Responsável

DESTINO DO PACIENTE

☐ FICOU NO LOCAL HORA _____ HS	☒ INTERNADO NO SERVIÇO DE <i>Ortopedi</i>	☐ REMOVIDO EM ____/____/____ HORA _____ PARA _____
RETIROU-SE POR _____ DATA ____/____/____ ÓBITO ____/____/____	DECISÃO MÉDICA ☐ HORA _____ HORA _____	A REVELIA ☐
ENTREGUE _____ A FAMÍLIA ☐ S.V.O. ☐ I.T.E.P. ☐	<i>Pedro Ferreira de Melo Filho</i> Ortopedista - CRM 1360 TEOT 1327 MÉDICO (Carimbo)	
		CHEFE DO PLANTÃO (Carimbo)



 GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE Secretaria de Estado da Saúde Pública Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel Pronto Socorro Clóvis Salinho		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AM	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE		4 - CNES	
GILBERTO FRANCISCO DA SILVA		6 - Nº DO PROTOCOLO	
5 - NOME DO PACIENTE		7 - SEXO	
GILBERTO FRANCISCO DA SILVA		MASculino	
8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
12-01-1986		32	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
ALZIRO MORAIS XAVIER		992237551	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)		13 - MUNICÍPIO	
AV DAS OLIVEIRAS Nº 30		BREJINHO	
14 - BAIRRO		15 - UF	
ALTO PARAISO		RN	
16 - CEP		17 - CID INICIAL	
59219000		22 - CID SECUNDÁRIO	
18 - CID ASSOCIADOS		19 - CID INICIAL	
23 - CID ASSOCIADOS		24 - CID INICIAL	
25 - CID INICIAL		26 - CID INICIAL	
27 - CID INICIAL		28 - CID INICIAL	
29 - CID INICIAL		30 - CID INICIAL	
31 - CID INICIAL		32 - CID INICIAL	
33 - CID INICIAL		34 - CID INICIAL	
35 - CID INICIAL		36 - CID INICIAL	
37 - CID INICIAL		38 - CID INICIAL	
39 - CID INICIAL		40 - CID INICIAL	
41 - CID INICIAL		42 - CID INICIAL	
43 - CID INICIAL		44 - CID INICIAL	
45 - CID INICIAL		46 - CID INICIAL	
47 - CID INICIAL		48 - CID INICIAL	
49 - CID INICIAL		50 - CID INICIAL	
51 - CID INICIAL		52 - CID INICIAL	
53 - CID INICIAL		54 - CID INICIAL	
55 - CID INICIAL		56 - CID INICIAL	
57 - CID INICIAL		58 - CID INICIAL	
59 - CID INICIAL		60 - CID INICIAL	
61 - CID INICIAL		62 - CID INICIAL	
63 - CID INICIAL		64 - CID INICIAL	
65 - CID INICIAL		66 - CID INICIAL	
67 - CID INICIAL		68 - CID INICIAL	
69 - CID INICIAL		70 - CID INICIAL	
71 - CID INICIAL		72 - CID INICIAL	
73 - CID INICIAL		74 - CID INICIAL	
75 - CID INICIAL		76 - CID INICIAL	
77 - CID INICIAL		78 - CID INICIAL	
79 - CID INICIAL		80 - CID INICIAL	
81 - CID INICIAL		82 - CID INICIAL	
83 - CID INICIAL		84 - CID INICIAL	
85 - CID INICIAL		86 - CID INICIAL	
87 - CID INICIAL		88 - CID INICIAL	
89 - CID INICIAL		90 - CID INICIAL	
91 - CID INICIAL		92 - CID INICIAL	
93 - CID INICIAL		94 - CID INICIAL	
95 - CID INICIAL		96 - CID INICIAL	
97 - CID INICIAL		98 - CID INICIAL	
99 - CID INICIAL		100 - CID INICIAL	

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, crônicas, agravadas de causas externas, em especial 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.

Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome: <u>Gilberto Francisco da Silva</u>				Idade	Sexo	Cor	
Data: <u>18/07/18</u>	Pressão arterial: <u>110x80</u>	Pulso: <u>120 bpm</u>	Respiração	Temperatura	Peso: <u>~100 kg</u>	Outras	
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório: <u>NDN</u>					Asma	Bronquite	
Ap. circulatório: <u>NDN</u>					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo: <u>Jejum pré-op > 8hs</u>			Dentes	Pescoco	Ap. urinário		
Estado geral			Ataxia	Corticóides	Alergia	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório: <u>frat. do fêmur (E)</u>					Estado físico	Risco	
Anestésicos anteriores: <u>Raqui</u>				Aplicada às	Efeito		
Medicação pré-anestésica							

Agentes Anestésicos	Líquidos	O ₂	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄	C ₁₅	C ₁₆	C ₁₇	C ₁₈	C ₁₉	C ₂₀	C ₂₁	C ₂₂	C ₂₃	C ₂₄	C ₂₅	C ₂₆	C ₂₇	C ₂₈	C ₂₉	C ₃₀	C ₃₁	C ₃₂	C ₃₃	C ₃₄	C ₃₅	C ₃₆	C ₃₇	C ₃₈	C ₃₉	C ₄₀	C ₄₁	C ₄₂	C ₄₃	C ₄₄	C ₄₅	C ₄₆	C ₄₇	C ₄₈	C ₄₉	C ₅₀	C ₅₁	C ₅₂	C ₅₃	C ₅₄	C ₅₅	C ₅₆	C ₅₇	C ₅₈	C ₅₉	C ₆₀	C ₆₁	C ₆₂	C ₆₃	C ₆₄	C ₆₅	C ₆₆	C ₆₇	C ₆₈	C ₆₉	C ₇₀	C ₇₁	C ₇₂	C ₇₃	C ₇₄	C ₇₅	C ₇₆	C ₇₇	C ₇₈	C ₇₉	C ₈₀	C ₈₁	C ₈₂	C ₈₃	C ₈₄	C ₈₅	C ₈₆	C ₈₇	C ₈₈	C ₈₉	C ₉₀	C ₉₁	C ₉₂	C ₉₃	C ₉₄	C ₉₅	C ₉₆	C ₉₇	C ₉₈	C ₉₉	C ₁₀₀

Agentes Anestésicos	Líquidos	O ₂	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄	C ₁₅	C ₁₆	C ₁₇	C ₁₈	C ₁₉	C ₂₀	C ₂₁	C ₂₂	C ₂₃	C ₂₄	C ₂₅	C ₂₆	C ₂₇	C ₂₈	C ₂₉	C ₃₀	C ₃₁	C ₃₂	C ₃₃	C ₃₄	C ₃₅	C ₃₆	C ₃₇	C ₃₈	C ₃₉	C ₄₀	C ₄₁	C ₄₂	C ₄₃	C ₄₄	C ₄₅	C ₄₆	C ₄₇	C ₄₈	C ₄₉	C ₅₀	C ₅₁	C ₅₂	C ₅₃	C ₅₄	C ₅₅	C ₅₆	C ₅₇	C ₅₈	C ₅₉	C ₆₀	C ₆₁	C ₆₂	C ₆₃	C ₆₄	C ₆₅	C ₆₆	C ₆₇	C ₆₈	C ₆₉	C ₇₀	C ₇₁	C ₇₂	C ₇₃	C ₇₄	C ₇₅	C ₇₆	C ₇₇	C ₇₈	C ₇₉	C ₈₀	C ₈₁	C ₈₂	C ₈₃	C ₈₄	C ₈₅	C ₈₆	C ₈₇	C ₈₈	C ₈₉	C ₉₀	C ₉₁	C ₉₂	C ₉₃	C ₉₄	C ₉₅	C ₉₆	C ₉₇	C ₉₈	C ₉₉	C ₁₀₀

Agentes Anestésicos	Líquidos	O ₂	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄	C ₁₅	C ₁₆	C ₁₇	C ₁₈	C ₁₉	C ₂₀	C ₂₁	C ₂₂	C ₂₃	C ₂₄	C ₂₅	C ₂₆	C ₂₇	C ₂₈	C ₂₉	C ₃₀	C ₃₁	C ₃₂	C ₃₃	C ₃₄	C ₃₅	C ₃₆	C ₃₇	C ₃₈	C ₃₉	C ₄₀	C ₄₁	C ₄₂	C ₄₃	C ₄₄	C ₄₅	C ₄₆	C ₄₇	C ₄₈	C ₄₉	C ₅₀	C ₅₁	C ₅₂	C ₅₃	C ₅₄	C ₅₅	C ₅₆	C ₅₇	C ₅₈	C ₅₉	C ₆₀	C ₆₁	C ₆₂	C ₆₃	C ₆₄	C ₆₅	C ₆₆	C ₆₇	C ₆₈	C ₆₉	C ₇₀	C ₇₁	C ₇₂	C ₇₃	C ₇₄	C ₇₅	C ₇₆	C ₇₇	C ₇₈	C ₇₉	C ₈₀	C ₈₁	C ₈₂	C ₈₃	C ₈₄	C ₈₅	C ₈₆	C ₈₇	C ₈₈	C ₈₉	C ₉₀	C ₉₁	C ₉₂	C ₉₃	C ₉₄	C ₉₅	C ₉₆	C ₉₇	C ₉₈	C ₉₉	C ₁₀₀

Agentes Anestésicos	Líquidos	O ₂	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄	C ₁₅	C ₁₆	C ₁₇	C ₁₈	C ₁₉	C ₂₀	C ₂₁	C ₂₂	C ₂₃	C ₂₄	C ₂₅	C ₂₆	C ₂₇	C ₂₈	C ₂₉	C ₃₀	C ₃₁	C ₃₂	C ₃₃	C ₃₄	C ₃₅	C ₃₆	C ₃₇	C ₃₈	C ₃₉	C ₄₀	C ₄₁	C ₄₂	C ₄₃	C ₄₄	C ₄₅	C ₄₆	C ₄₇	C ₄₈	C ₄₉	C ₅₀	C ₅₁	C ₅₂	C ₅₃	C ₅₄	C ₅₅	C ₅₆	C ₅₇	C ₅₈	C ₅₉	C ₆₀	C ₆₁	C ₆₂	C ₆₃	C ₆₄	C ₆₅	C ₆₆	C ₆₇	C ₆₈	C ₆₉	C ₇₀	C ₇₁	C ₇₂	C ₇₃	C ₇₄	C ₇₅	C ₇₆	C ₇₇	C ₇₈	C ₇₉	C ₈₀	C ₈₁	C ₈₂	C ₈₃	C ₈₄	C ₈₅	C ₈₆	C ₈₇	C ₈₈	C ₈₉	C ₉₀	C ₉₁	C ₉₂	C ₉₃	C ₉₄	C ₉₅	C ₉₆	C ₉₇	C ₉₈	C ₉₉	C ₁₀₀

Agentes Anestésicos	Líquidos	O ₂	C ₂	C ₃	C ₄	C ₅	C ₆	C ₇	C ₈	C ₉	C ₁₀	C ₁₁	C ₁₂	C ₁₃	C ₁₄	C ₁₅	C ₁₆	C ₁₇	C ₁₈	C ₁₉	C ₂₀	C ₂₁	C ₂₂	C ₂₃	C ₂₄	C ₂₅	C ₂₆	C ₂₇	C ₂₈	C ₂₉	C ₃₀	C ₃₁	C ₃₂	C ₃₃	C ₃₄	C ₃₅	C ₃₆	C ₃₇	C ₃₈	C ₃₉	C ₄₀	C ₄₁	C ₄₂	C ₄₃	C ₄₄	C ₄₅	C ₄₆	C ₄₇	C ₄₈	C ₄₉	C ₅₀	C ₅₁	C ₅₂	C ₅₃	C ₅₄	C ₅₅	C ₅₆	C ₅₇	C ₅₈	C ₅₉	C ₆₀	C ₆₁	C ₆₂	C ₆₃	C ₆₄	C ₆₅	C ₆₆	C ₆₇	C ₆₈	C ₆₉
---------------------	----------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------	-----------------



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

HEMOTRANSFUSÃO:

() Hemoco concentrado Unid. () Plasma Unid. () Plaquetas Unid.
() Albumina Unid. () Expensor plaquetário Unid.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS

h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____
h: _____ h: _____ h: _____

HIDRATAÇÃO VENOSA

() Soro Fisiológico: _____ ml () Soro Ringer Simples: _____ ml Quantidade total de volume
() Soro Glicosado: _____ ml () Soro Ringer Lactato: 500 ml administrado: _____

ANATOMO PATOLÓGICO

() Não () Sim Papanicolaou: _____
Swab para cultura: _____
Papa para esgotamento: () Não () Sim
Líquido: _____

CURATIVOS E IMOBILIZAÇÕES

FO de aspecto: () limpo () c/ exsudato () Contaminada () Aparelho gestado () Bandagens () Talas () Outros: _____

INTERCORRÊNCIAS: Paciente admitido na SO para fratura de fêmur, na
a. M. Cirurgia por fratura de fêmur com MGS, Cefalos
placa de 10 furto + parafusos, paciente monitorizado
em sala de cirurgia, com monitorização, medicação
realizada com sucesso, segue para a SO, aos
Cuidados da enfermagem Ass: [Assinatura] Corem: 31101

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Nível de consciência: () Consciente () Inconsciente () Narcose () Coma () Vigil () Agitado
Respiratório: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Oxímetro Curativo: () Oclusivo () Compressivo () Bolsa de
colostomia () Outro: _____
Diurese: () Espontânea () Normal () Hematúria () Irrigação Vesical () Oligúrica Destino após a cirurgia: _____

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

Hora: 17:45 Data: 18/07/18 Nível de consciência: () Acordado () Sonolento () Narcose () Orientado
() Desorientado () Agitado () Choro Vias aéreas: () Intubado () Extubado () Cânula de Guedel () Cateter O₂ () O₂ Ambiente
Mobilização MMII: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade Mobilização MMSS: () Normal () Diminuída () Sem mobilidade
Venoclise: () Não () Sim Tipo: AVP Local: MGS Sondas: () Gástrica () Enteral () Vesical
Drenos: () Sução () Torácico () Penrose () Khan Ostomias: () Sim () Não Especifique: _____
Irrigação vesical contínua: () Retorno satisfatório () Retorno insuficiente () Coágulos
Curativo: () Oclusivo () Descoberto () Limpo () Sujo Monitorização: () ECG () Oxímetro () PA

INTERCORRÊNCIAS NA URPA () Náuseas () Vômitos () Sangramento () Dor () Bexigoma () Alteração PA () Alteração FC

Relate:

SINAIS VITAIS

Hora	T°C	P	PA	FR	Sat %	Dor
Admissão	—	94	—	—	94	—
30'	—	—	—	—	—	—
60'	—	—	—	—	—	—
Alta	—	96	—	—	—	—

Líquidos administrados na URPA:

Soro glicosado: _____ ml
Soro Fisiológico: _____ ml
Ringer: _____ ml
Irrigação vesical contínua: _____ ml

Medicações administradas URPA:

Hora	Medicação	Dose	Via	Assinatura

Eliminações:

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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM/INTERCORRÊNCIAS:

70% de fratura de fêmur, na
a. M. Cirurgia por fratura de fêmur com MGS, Cefalos
placa de 10 furto + parafusos, paciente monitorizado
em sala de cirurgia, com monitorização, medicação
realizada com sucesso, segue para a SO, aos
Cuidados da enfermagem

Ass: [Assinatura] Corem: 160201





Hospital	
Nome do paciente GILBERTO FRANCISCO DA SILVA	
Data operação 18/07/2018	
Operador DR. EDIMAR	
Enf. DR. URAI	
2º auxiliar	
3º auxiliar	
Instrumentador	
Anestesiologista	
Tipo de anestesia	
Diagnóstico pré-operatório FRATURA FÊMUR ESQUERDO.	
Tipo de operação REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE RÍGIDA	
Diagnóstico pós-operatório	
Relatório imediato do patologista	
Exame radiológico no ato	
Acidente durante a operação	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso **1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA** aspecto - vóceras

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA.
3. CAMPOS ESTÉREIS.
4. ACESSO LATERAL LONGITUDINAL DE COXA ESQUERDA,
REALIZADO REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO COM PLACA
DCP DE 12 FUROS E PARAFUSOS CORTICAIS.
5. LAVAGEM COM SF 0,9% E SUTURA POR PLANOS.
6. CURATIVO.
7. CRO.
8. RX.

CONFERE COM ORIGINAL

18 JUL 2018



Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital		Enfermaria		Leito	Nº prontuário	
Nome: <u>Gilberto Francisco da Silva</u>					Idade	Sexo
					32a	M
Data	Pressão arterial	Pulso	Respiração	Temperatura	Peso	Outros
18/07/18	110x80	120bpm			~100kg	
Tipo sanguíneo	Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Urela	
	Urela					
Ap. respiratório					Alergia	
NDN					Nega	
Ap. circulatório					Eletrocardiograma	
NDN						
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário	
Reflexo pal-op > 8hs						
Estado mental			Atarácicos	Gorricoides	Alergia	
					Dilatações	
Diagnóstico pré-operatório					Estado físico	
fract. do fêmur (E)					Risco	
Anestésicos anteriores						
Raque						
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito	
Agentes Anestésicos	b					
Líquidos	RL 500 RL 500 RL 500 RL 500					
Oper	280 260 240 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20 10					
Anest.	Vt 10ml/kg					
O Resp.	Vt 10ml/kg					
P Pulso	Vt 10ml/kg					
SÍMBOLOS	Raque entre L4/L5 e/agulha tipo Quincke nº 27G, LCR fixidug					
ANOTAÇÕES	DDH					
POSICÃO	DDH					
Agentes	Bupiv. 0,5% P-20mg + Diamorf 0,1mg + Clonidina 60ug					
Técnicas	Raquianestesia					
Operação	Int. cirúrgico de fract. de fêmur					
Cirurgiões	Dr. Edimilson + Dr. Dami					
Anestésicos	Dr. Sidney					
Observações	Francisco Sidney L. Carreira Anestesiologista					
Anotar no verso as complicações pré-operatórias, operatórias e pós-operatórias						
Perda sanguínea						





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Gilberto Francisco da Silva Idade: 32 D/N: 12/04/1986
Pront.: 161564 Município: Brasão Procedência: ☒ Interno () Externo
Data da cirurgia: 18/07/18 Hora Admissão: 14:00 Sala: 1400 Hora Saída: 15:00 Peso: 70
Alergias: () Não (X) Sim Voluntário Comorbidades: () HAS () DM () Outras Nenhuma
Uso de medicações: () Não (X) Sim Nenhuma Jejum: () Não (X) Sim
SSW Admissão: PA: 110/70 mmHg Pulso: 70 bpm FL: 98 rpm FC: 70 bpm SpO2: 98 % T: 36 °C
Enfermeiro(a): Lidiane Instrumentador(a): M. Rita Circulante: Daniela
Cirurgia: 11 Cirurgias por fratura de fêmur (E) Especialidade: Ortopedia Sala: 1400
Hora Início: 14:00 Hora Término: 15:00 Tipo de cirurgia: (X) Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada
1º Cirurgião: J. Thon Aux.: J. Edson Residente: Não
Anestesia: () Local (X) Sedação () Geral TOT: () Bloqueio (X) Raquidiana Ag.º 1 () Peridural () Cateter () Cateter
Ag.º 1 Cateter nº 1 Início: 14:00 Garrote: () Smarch () Pneumático Início: 14:00 Término: 15:00
Anestesiologista: J. S. S. S. S.

NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/ RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS	MONITORIZAÇÃO
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotensão	☒ Jaleco	☒ ECG
☒ Letárgico	☒ Hipocorada	☒ Hipotensão	☒ Acesso V. Central	☒ Oximetria
☒ Coma	☒ Cianótica	☒ Hipertensão	☒ Cat. Diálise	☒ Capnógrafo
☒ Orientado	☒ Ictérica	☒ Hipertensão	☒ Fistula	☒ PA
☒ Desorientado	☒ Desidratada	☒ Normocárdico	☒ Arteriovenosa	☒ Estímul. Nervo
☒ Sedado	☒ Inteira	☒ Bradicardia	☒ SNG	☒ Diprifusor
☒ Analoso	☒ C/lesões	☒ Taquicardia	☒ SVD	☒ BIC
☒ Deambula	☒ Sudorese	☒ Choque	☒ Colostomia	☒ Desfibrilador
☒ 1º dificuldade	☒ Cicatriz cirúrgica	☒ Normoesfíngico	☒ Cistostomia	
☒ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☒ Dreno:	
☒ Periplégico	☒ Higiene deficiente	☒ Dispneia	☒ Aparelho gessado	
☒ Tetraplégico	☒ Manchas	☒ Dispositivo O ₂	☒ Tração	
☒ Amputações	☒ S/Tricotomia		☒ Talas	

SINAIS VITAIS	Início	Melo	Fim	Unid.
FC	<u>85</u>	<u>86</u>		Bpm
Pulso	<u>85</u>	<u>86</u>		Bpm
Oximetria	<u>100%</u>	<u>98%</u>		%
Capnografia				%
PA	<u>100/60</u>	<u>100/60</u>		mmHg

POSIÇÃO	COXIM	MMSS
☒ Dorsal	☒ Cabeça	☒ Anatómicos
☒ Ventral	☒ Pescoço	☒ Abduzidos
☒ Lateral	☒ Tórax	☒ Flexidos
☒ Litômica	☒ Lombar	☒ MMII
☒ Trendelenburg		☒ Anatómicos
☒ Caniveta		☒ Abduzidos
☒ Proclive		☒ Flexidos

ACESSO VENOSO
☒ Punção Arterial
☒ Punção Venosa Periférica
☒ Punção Venosa Central
☒ Dissecção venosa
Local: <u>MSE</u>
Cateter: <u>Não</u>

PLACA DO BISTURI ELÉTRICO
☒ Sim () Não () Metal () Descartável
Local: <u>Clavícula</u>
DEGERMAÇÃO
☒ Sim () Não
Local: <u>MSE</u> Solução: <u>Alcool 70%</u> Local: <u>MSE</u>

SONDAGEM GÁSTRICA
☒ SNG nº <u>1</u>
Retorno: <u>Não</u>

CATETERISMO VESICAL
☒ SVF nº <u>1</u> ☒ SVAnº <u>1</u>
Diurese: <u>Não</u>
Profissional responsável: <u>Não</u>

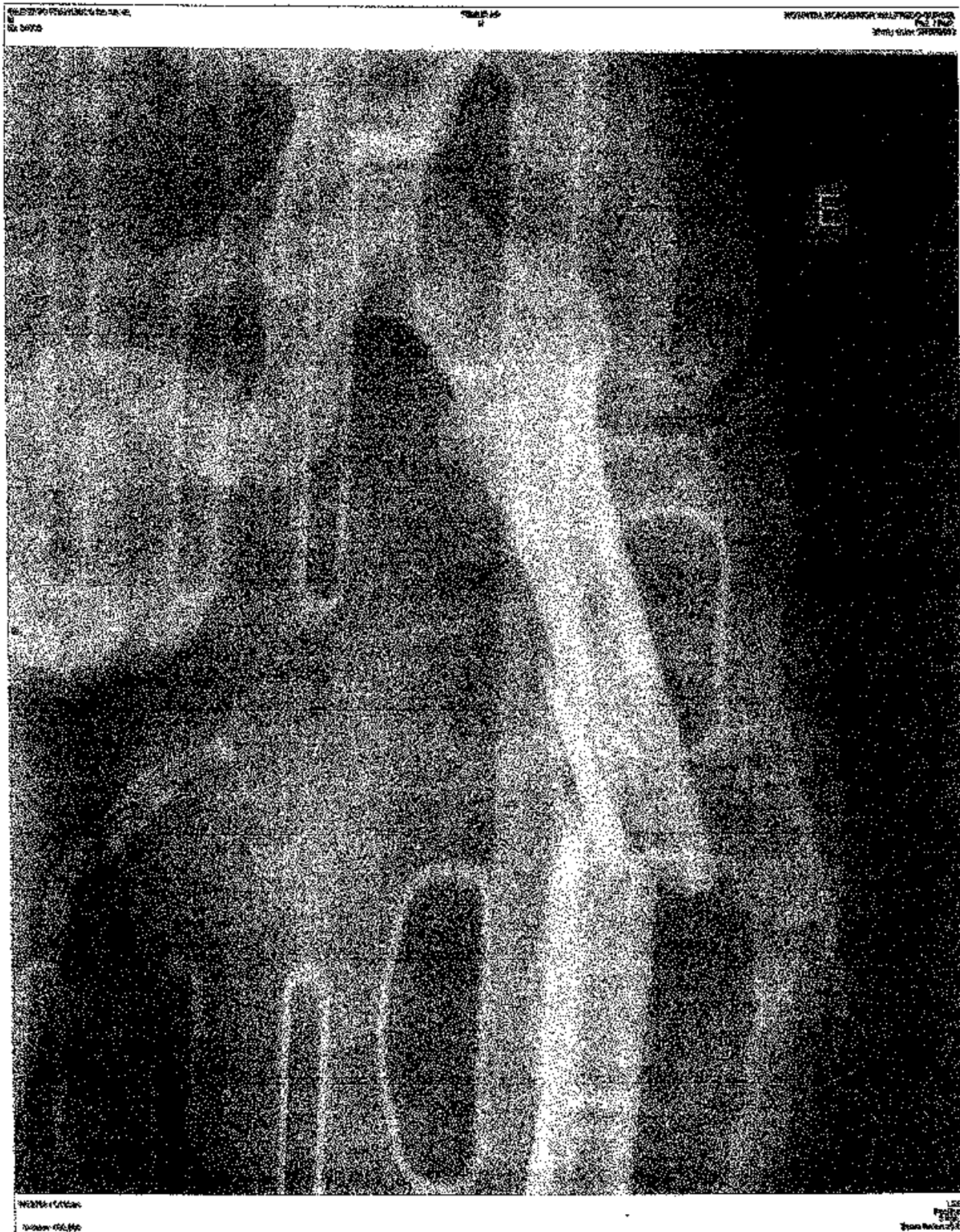
EXAMES SOLICITADOS	
☒ Hemograma	☒ Gasometria
☒ Coagulograma	☒ Outros
☒ Tipagem Sanguínea	☒ Glicosimetria
☒ Radioscopia (Rolo X)	

IMPLANTE CIRÚRGICO
Drenos: <u>Não</u>
Tela: <u>Não</u>
Cateter: <u>Não</u>
Ostomia: <u>Não</u>
Fio de KC: <u>Não</u>
Placa - Tipo: <u>Não</u>
Outros: <u>Não</u>

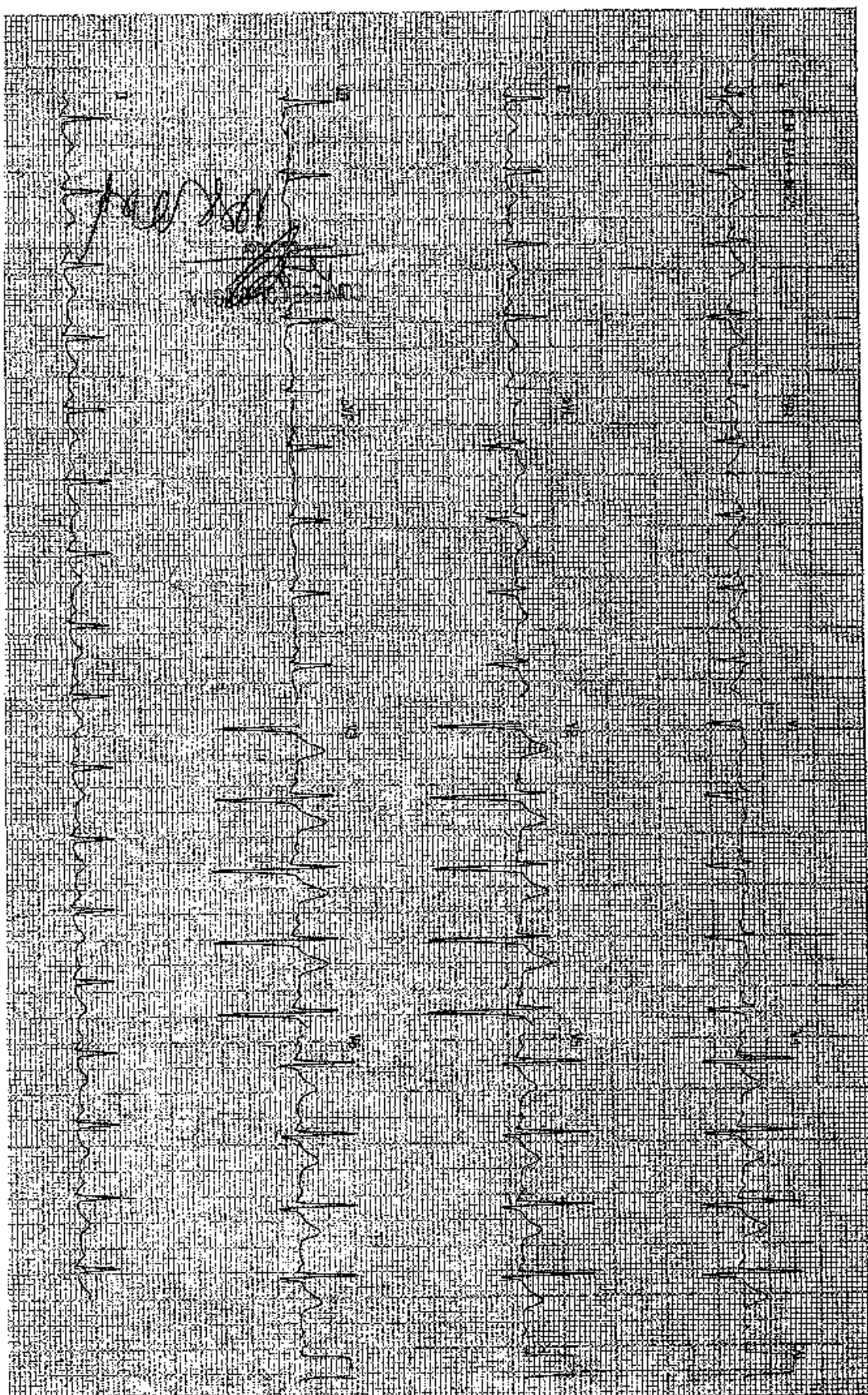
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO
Caixa cirúrgica: <u>Box 19.5</u> Quant. Material: <u>35</u>
Val.: <u>210118</u> Contagem de gaze e compressa: <u>Não</u> () Sim



GILBERTO FRANCISCO DA SILVA , : DX from 07/07/2018



Spillato Tronco da Silva
32 anos
15107118 16:50'





PEDIDO DE PARECER

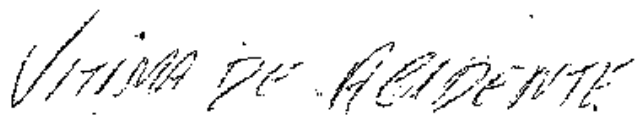
11

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: <u>GILBERTO FARIAS DOS S</u>	Prontuário: _____
Motivo da Consulta: <u>Rise Cirurgico</u>	
<u>31 anos</u>	
_____	_____
Médico	CRM
_____	Data
Encaminhado à especialidade: _____	
Consulta marcada para a Unidade: _____	Município: _____
Para o (a) Dr. (a): _____	as _____ horas do dia _____ / _____ / _____

RESPOSTA DE PARECER

Unidade Solicitante: _____	Município: _____
Paciente: _____	Prontuário: _____
(Dados do atendimento, resultado de exames, conduta e sugestões)	
<u>VERSO</u>	
<u>Dr. GEORGE DANTAS MIRANDA</u> <u>CARDIOLOGIA / CLINICA MEDICA</u> <u>CRM - RJ 5778</u>	
CONFERE COM ORIGINAL	
Diagnóstico: _____	_____
_____	_____
Médico	CRM
_____	Data
Retornar à clínica solicitante: _____	
Para o (a) Dr. (a): _____	as _____ horas do dia _____ / _____ / _____





Copyright © 2005 by John Wiley & Sons, Inc.

SEMUS



Risco

tos:

1) 900 500 400 200 100 0

2) 800 400 200 100 0

3) 700 350 200 100 0

4) 600 300 200 100 0

5) 500 250 200 100 0

6) 400 200 200 100 0

7) 300 150 200 100 0

8) 200 100 200 100 0

9) 100 50 200 100 0

10) 0 0 200 100 0

11) 0 0 100 50 0

12) 0 0 0 0 0

13) 0 0 0 0 0

14) 0 0 0 0 0

15) 0 0 0 0 0

16) 0 0 0 0 0

17) 0 0 0 0 0

18) 0 0 0 0 0

19) 0 0 0 0 0

20) 0 0 0 0 0

21) 0 0 0 0 0

22) 0 0 0 0 0

23) 0 0 0 0 0

24) 0 0 0 0 0

25) 0 0 0 0 0

26) 0 0 0 0 0

27) 0 0 0 0 0

28) 0 0 0 0 0

29) 0 0 0 0 0

30) 0 0 0 0 0

31) 0 0 0 0 0

32) 0 0 0 0 0

33) 0 0 0 0 0

34) 0 0 0 0 0

35) 0 0 0 0 0

36) 0 0 0 0 0

37) 0 0 0 0 0

38) 0 0 0 0 0

39) 0 0 0 0 0

40) 0 0 0 0 0

41) 0 0 0 0 0

42) 0 0 0 0 0

43) 0 0 0 0 0

44) 0 0 0 0 0

45) 0 0 0 0 0

46) 0 0 0 0 0

47) 0 0 0 0 0

48) 0 0 0 0 0

49) 0 0 0 0 0

50) 0 0 0 0 0

51) 0 0 0 0 0

52) 0 0 0 0 0

53) 0 0 0 0 0

54) 0 0 0 0 0

55) 0 0 0 0 0

56) 0 0 0 0 0

57) 0 0 0 0 0

58) 0 0 0 0 0

59) 0 0 0 0 0

60) 0 0 0 0 0

61) 0 0 0 0 0

62) 0 0 0 0 0

63) 0 0 0 0 0

64) 0 0 0 0 0

65) 0 0 0 0 0

66) 0 0 0 0 0

67) 0 0 0 0 0

68) 0 0 0 0 0

69) 0 0 0 0 0

70) 0 0 0 0 0

71) 0 0 0 0 0

72) 0 0 0 0 0

73) 0 0 0 0 0

74) 0 0 0 0 0

75) 0 0 0 0 0

76) 0 0 0 0 0

77) 0 0 0 0 0

78) 0 0 0 0 0

79) 0 0 0 0 0

80) 0 0 0 0 0

81) 0 0 0 0 0

82) 0 0 0 0 0

83) 0 0 0 0 0

84) 0 0 0 0 0

85) 0 0 0 0 0

86) 0 0 0 0 0

87) 0 0 0 0 0

88) 0 0 0 0 0

89) 0 0 0 0 0

90) 0 0 0 0 0

91) 0 0 0 0 0

92) 0 0 0 0 0

93) 0 0 0 0 0

94) 0 0 0 0 0

95) 0 0 0 0 0

96) 0 0 0 0 0

97) 0 0 0 0 0

98) 0 0 0 0 0

99) 0 0 0 0 0

100) 0 0 0 0 0

101) 0 0 0 0 0

102) 0 0 0 0 0

103) 0 0 0 0 0

104) 0 0 0 0 0

105) 0 0 0 0 0

106) 0 0 0 0 0

107) 0 0 0 0 0

108) 0 0 0 0 0

109) 0 0 0 0 0

110) 0 0 0 0 0

111) 0 0 0 0 0

112) 0 0 0 0 0

113) 0 0 0 0 0

114) 0 0 0 0 0

115) 0 0 0 0 0

116) 0 0 0 0 0

117) 0 0 0 0 0

118) 0 0 0 0 0

119) 0 0 0 0 0

120) 0 0 0 0 0

121) 0 0 0 0 0

122) 0 0 0 0 0

123) 0 0 0 0 0

124) 0 0 0 0 0

125) 0 0 0 0 0

126) 0 0 0 0 0

127) 0 0 0 0 0

128) 0 0 0 0 0

129) 0 0 0 0 0

130) 0 0 0 0 0

131) 0 0 0 0 0

132) 0 0 0 0 0

133) 0 0 0 0 0

134) 0 0 0 0 0

135) 0 0 0 0 0

136) 0 0 0 0 0

137) 0 0 0 0 0

138) 0 0 0 0 0

139) 0 0 0 0 0

140) 0 0 0 0 0

141) 0 0 0 0 0

142) 0 0 0 0 0

143) 0 0 0 0 0

144) 0 0 0 0 0

145) 0 0 0 0 0

146) 0 0 0 0 0

147) 0 0 0 0 0

148) 0 0 0 0 0

149) 0 0 0 0 0

150) 0 0 0 0 0

151) 0 0 0 0 0

152) 0 0 0 0 0

153) 0 0 0 0 0

154) 0 0 0 0 0

155) 0 0 0 0 0

156) 0 0 0 0 0

157) 0 0 0 0 0

158) 0 0 0 0 0

159) 0 0 0 0 0

160) 0 0 0 0 0

161) 0 0 0 0 0

162) 0 0 0 0 0

163) 0 0 0 0 0

164) 0 0 0 0 0

165) 0 0 0 0 0

166) 0 0 0 0 0

167) 0 0 0 0 0

168) 0 0 0 0 0

169) 0 0 0 0 0

170) 0 0 0 0 0

171) 0 0 0 0 0

172) 0 0 0 0 0

173) 0 0 0 0 0

174) 0 0 0 0 0

175) 0 0 0 0 0

176) 0 0 0 0 0

177) 0 0 0 0 0

178) 0 0 0 0 0

179) 0 0 0 0 0

180) 0 0 0 0 0

181) 0 0 0 0 0

182) 0 0 0 0 0

183) 0 0 0 0 0

184) 0 0 0 0 0

185) 0 0 0 0 0

186) 0 0 0 0 0

187) 0 0 0 0 0

188) 0 0 0 0 0

189) 0 0 0 0 0

190) 0 0 0 0 0

191) 0 0 0 0 0

192) 0 0 0 0 0

193) 0 0 0 0 0

194) 0 0 0 0 0

195) 0 0 0 0 0

196) 0 0 0 0 0

197) 0 0 0 0 0

198) 0 0 0 0 0

199) 0 0 0 0 0

200) 0 0 0 0 0

201) 0 0 0 0 0

202) 0 0 0 0 0

203) 0 0 0 0 0

204) 0 0 0 0 0

205) 0 0 0 0 0

206) 0 0 0 0 0

207) 0 0 0 0 0

208) 0 0 0 0 0

209) 0 0 0 0 0

210) 0 0 0 0 0

211) 0 0 0 0 0

212) 0 0 0 0 0

213) 0 0 0 0 0

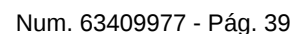
214) 0 0 0 0 0

215) 0 0 0 0 0

216) 0 0 0 0 0

217) 0 0 0

Date:





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL DEOCLÉCIO M. LUCENA
PARNAMIRIM / RN

02030591

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nº 02030591

NOME: Gilberto Francisco da Silva

IDADE: 19.04.1986 COR: Parda SEXO: Masculino ESTADO CIVIL: Solteiro

NATURALIDADE: Paraíba PROFISSÃO: FARMACIA PROCEDÊNCIA:

ENDEREÇO: Rua dos Olivais 300 BAIRRO: Alto da Povoação

CIDADE: Natal DATA: 09/10/2019 HORA: 20:25 hs

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

APARENTEMENTE BEM ☐ REGULAR ☐ COM DISPNEIA ☐ CHOCADO ☐ COMATOSO ☐
O/ HEMORRAGIA ☐ EM CONVULSÃO ☐ POLITRAUMATIZADO ☐ AGITADO ☐ OUTROS ☐

ALEGA ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐

PUPILAS A) NÍVEL DE CONSCIÊNCIA (GLASGOW) B) FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA C) PRESSÃO ARTERIAL

ESCORE FINAL (SCORE, DE TRAUMA MODIFICADO) A+B+C

TEMP. RESPIRAÇÃO PULSO TA

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA) Queda

EXAME FÍSICO

SCORE DO TRAUMA MODIFICADO T-RTS

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	RESPIRAÇÃO	GLASGOW	SCORE FINAL	TEMP.	PULSO

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de fêmur

02030591
02030591
02030591





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2- CNEP	
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA		4- CNEP 3515168	
Identificação do Paciente			
5- PACIENTE GILBERTO FRANCISCO DA SILVA		6- NUMERO DO PROCTURIO 121954	
7- CARTÃO NACIONAL SUS 705 7021 3712 0090	8- DATA DE NASCIMENTO 12/07/1928	9- SEXO MASCULINO	10- RACIA DO PARDA
11- NOME DO RESPONSÁVEL ALDIR MARIA XAVIER		12- TELEFONE DE CONTATO 992257551	
13- NOME DO RESPONSÁVEL DANIELA RODRIGUES DA SILVA / ESPOSA		14- TELEFONE DE CONTATO	
15- ENDEREÇO RUA Nº R. DUS OLIVEIRAS 50			
16- MUNICÍPIO BRSUNHO	17- ESTADO ALTO PARAIZO	18- UF RN	19- CEP 56218000
Justificativa de Internação			
20- PRESENTAR DOENÇA E SINTOMAS CLÍNICOS <i>paciente com problemas para o corpo físico após</i>			
21- DOENÇAS QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>coronária</i>			
22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICA (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>(sem R)</i>			
23- DIAGNÓSTICO INICIAL <i>coronária</i>	24- DOENÇAS PREEXISTENTES <i>sem R</i>	25- DOENÇAS AGUDAS <i>sem R</i>	26- DOENÇAS AGUDAS <i>sem R</i>
27- HISTÓRICO DO PROCESSO DE SOLICITAÇÃO <i>not address</i>			
28- CLÍNICA	29- CARACTERIZAÇÃO DO CASO	30- DOCUMENTO	31- NOME DO RESPONSÁVEL DO ESTABELECIMENTO <i>Renato Santos</i> Chancelaria e Treinamento Chancelaria 121- 32011341
32- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE	33- DATA DO SOLICITANTE	34- NOME DO RESPONSÁVEL DO ESTABELECIMENTO	35- ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO ESTABELECIMENTO
Presença em caso de causas externas (acidentes ou violência)			
36- DATA DO ACIDENTE	37- LOCAL DO ACIDENTE	38- NOME DO ACIDENTE	39- NOME DO ACIDENTE
40- DATA DO ACIDENTE	41- LOCAL DO ACIDENTE	42- NOME DO ACIDENTE	43- NOME DO ACIDENTE
44- NOME DO DOENTE / PREVIDÊNCIA			
Autenticação			
45- NOME DO PROPRIETÁRIO / AUTENTICAÇÃO	46- ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO	47- DATA DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48- ASSINATURA	49- ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO	50- ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO	
51- DATA DA AUTENTICAÇÃO	52- ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO	53- ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO DO ESTABELECIMENTO	

Renato Santos
Chancelaria e Treinamento
Chancelaria 121- 32011341
Renato Santos
Chancelaria e Treinamento
Chancelaria 121- 32011341



Callberto Francisco

32 ANOS

FX Femur. esq

ANT:

⊕ HIPERTENSÃO

NEG HSI/DMLIX.

NEG CADPAT

ALGUS: VOLTAR

NEG USG de
PULMONES

ASSINTOMÁTICO CARDIOVASCULAR.

ECG: RS / TUSADO normal

AO EXAME

PA 120/80

RECTE sem sop

Pulmões limpos

BAIXO RISCO CARDIOVASCULAR

SEM RECOMENDações CARDIOLÓGICAS
por DR.

Dr. GEORGE FERNANDO NUNES
CARDIOLOGIA CLÍNICA
CRM - RN 578

17/07/18





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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - CENTRO CIRÚRGICO

Nome: <u>CARLOS FRANCISCO DA SILVA</u>		Idade: <u>33</u>	D.N: <u>02/04/1986</u>
Prof: <u>AG 155h</u>		Município: <u>BRASÃO</u>	Procedência: <u>() Interno () Externo</u>
Data de cirurgia: <u>23/10/19</u>		Hora Admissão: <u>Bloco</u>	Sala: <u></u> Hora Saída: <u></u> Peso: <u></u>
Alergias: <u>() Não () Sim</u>		Comorbidades: <u>() HAS () DM () Outras</u>	
Uso de medicações: <u>() Não () Sim</u>		Jejum: <u>() Não () Sim</u>	
SSW Admissão: <u>PA</u>		mmHg Pulso: <u></u> apn: <u>FL</u>	rpm FC: <u></u> bpm SpO2: <u></u> % T: <u></u> °C
Enfermeiro(a): <u>Uliana</u>		Instrumentador(a): <u>Rafael</u>	Circulante: <u>Renata</u>
Cirurgia: <u>Retirada da placa lâmina</u>		Especialidade: <u>Ortopedia</u>	Sala: <u>02</u>
Hora Início: <u>14:40</u> Hora Término: <u>15:25</u>		Tipo de Cirurgia: <u>() Eletiva () Urgência () Limpa () Contaminada () Infectada</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Elson</u>		Aux: <u>Dr. Roberto</u>	Residente: <u></u>
Anestesia: <u>() Local () Sedação () Geral TOT</u> <u>() Bloqueio () Raquidiana Ag nº</u> <u>() Paridura () Cateter () Cateter</u>			
Ag nº: <u></u> Cateter: nº: <u></u> Início: <u>14:25</u> Garrote: <u>() Smerch () Pneumático</u> Início: <u></u> Término: <u></u>			
Anestesiologista: <u>Dr. Roberto</u>			
NEUROMUSCULAR	PELE/HIGIENE	CARDIOVASCULAR/RESPIRATÓRIO	DISPOSITIVOS
☒ Consciente	☒ Normocorada	☒ Normotensão	☒ Jato
☐ Letárgico	☐ Hipocorada	☐ Hipotensão	☐ Acesso V. Central
☐ Coma	☐ Cianótica	☐ Hipertensão	☐ Cat. Dialise
☒ Orientado	☐ Ictérica	☐ Hipertensão	☐ Fístula
☐ Desorientado	☐ Desidratada	☐ Normocárdico	☐ Arteriovenosa
☐ Sedado	☐ Integra	☐ Bradicardia	☐ SNG
☐ Ansioso	☒ Cíclases	☐ Taquicardia	☐ SVD
☐ Deambula	☐ Sudorese	☐ Choque	☐ Colostomia
☐ Dificuldade	☒ Cicatriz cirúrgica	☒ Normopneumático	☐ Cistostomia
☒ Acamado	☒ Higiene Satisfatória	☒ Eupnéia	☐ Dreno
☐ Paraplégico	☐ Higiene deficiente	☐ Dispneia	☐ Aparelho gessado
☐ Tetraplégico	☐ Manchas	☐ Dispositivo O2	☐ Tração
☐ Amputações	☐ S/Tricotomia		☐ Telas
SINAIS VITAIS	INÍCIO	MEIO	FIM
FC	<u>124</u>	<u>83</u>	<u>104</u>
Pulso	<u>120</u>	<u>89</u>	<u>104</u>
Oximetria	<u>98</u>	<u>99</u>	<u>98</u>
Cardiografia			
PA	<u>131/70/74/88</u>	<u>130/66</u>	<u>130/66</u>
ACESSO VENOSO			
☐ Punção Arterial			
☐ Punção Venosa Periférica			
☐ Punção Venosa Central			
☐ Dissociação venosa			
Local: <u></u>			
Cateter: <u></u>			
SONDAGEM GÁSTRICA			
☐ SNG nº <u></u>			
Relatório: <u></u>			
CATETERISMO VESICAL			
☐ SVF nº <u></u> S/A nº <u></u>			
Diurese: <u></u>			
Profissional responsável: <u></u>			
EXAMES SOLICITADOS			
☐ Hemograma ☐ Gasometria			
☐ Coagulograma ☐ Outros			
☐ Tipagem Sanguínea ☐ Glicosimetria			
☐ Radioscopia (Raio X) <u></u>			
POSICÃO			
☒ Dorsal	☐ Cabeca	☐ MIMSS	
☐ Ventral	☐ Pescoço	☐ Anatómicos	
☐ Lateral	☐ Tórax	☐ Abduzidos	
☐ Anterior	☐ Lombar	☐ Flexidos	
☐ Trendelenburg		☐ MMH	
☐ Canivete		☐ Anatómicos	
☐ Proclive		☐ Abduzidos	
PLACA DO BISTURI ELÉTRICO			
☒ Sim ☐ Não ☒ Metal ☐ Descartável			
Local: <u>Amplata</u>			
DEGERMAÇÃO			
☒ Sim ☐ Não			
Local: <u>Onco E</u> Solução: <u>Clorox</u> Local: <u></u>			
TRICOTOMIA			
☐ Sim ☒ Não			
Local: <u>Onco E</u> Solução: <u>Clorox</u> Local: <u></u>			
IMPLANTE CIRÚRGICO			
Drenos: <u></u>			
Tela: <u></u>			
Cateter: <u></u>			
Cateter: <u></u>			
Fio de KC: <u></u> Parafuso: <u>() PC</u>			
Placa - Loc: <u></u>			
Guro: <u></u>			
ASPECTOS DO MATERIAL CIRÚRGICO			
Caixa cirúrgica: <u>B27 + 12</u> Quant. Material: <u></u>			
Val: <u></u> Contagem de gaze e compressa: <u>() Não () Sim</u>			



Handwritten signature: Jiliano



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO
CORRENTE Nº 011810453865
2019

Placa: 066.348-834-19
Rótulo: 006.348-834-19
Código: 006.348-834-19
Código: 006.348-834-19

Modelo: 006.348-834-19
Ano: 1997
Marca: VW
Tipo: GOL

Particular: 006.348-834-19
Código: 006.348-834-19
Código: 006.348-834-19

Placa: 066.348-834-19
Rótulo: 006.348-834-19
Código: 006.348-834-19

Placa: 066.348-834-19
Rótulo: 006.348-834-19
Código: 006.348-834-19

RN Nº 011810453865 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.segurosseguradora.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

Placa: 066.348-834-19
Rótulo: 006.348-834-19
Código: 006.348-834-19

Placa: 066.348-834-19
Rótulo: 006.348-834-19
Código: 006.348-834-19

Placa: 066.348-834-19
Rótulo: 006.348-834-19
Código: 006.348-834-19

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.288.688/0001-04
www.segurosseguradora.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190716675 **Cidade:** Brejinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 07/07/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DO FÊMUR ESQUERDO. P8/14

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P8/21 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

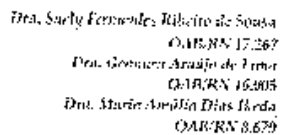
DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



ESCLARECIMENTO

ESTE PROCESSO FOI CANCELADO POR MOTIVO DE INADIPLENCIA.
MAIS O VEICULO NÃO SE ENCONTRA NO NOME DA VITIMA.





OUTORGANTE: Sr(a) Gilberto Francisco da Silva, brasileiro(a),
estado civil solteiro, profissão Carreiro, portador(a) do Rg. nº 003.056.544
SSP/RV e CPF de nº: 053.440.854-60 residente e domiciliado na
Rua dos Oliveira, nº 30, Bairro Alto novo, Município de
Barcelos, RN, CEP: 59.217-000, com telefone para contato: (54)
99149.67.70; Email: Daniel123456@gmail.com

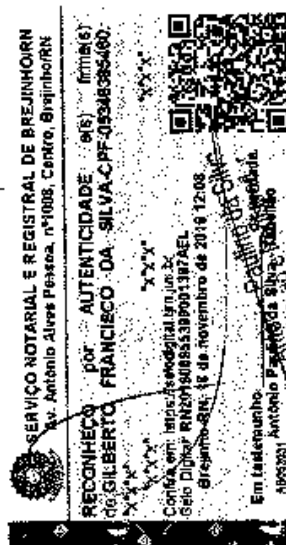
RECONECO
BREVETADO

06/25/2010 de 10/10/2010 de 20/10

CPF nº 053.463.854-60

Outorgante

Espaço Comercial André Barbosa
Rua dos Cantinês nº 1235, Bairro Alecrim, CEP 59030-600,
Telefone 084 99192.9564 // 98811.6496.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0422625/19

Vítima: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

CPF: 053.463.854-60

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 07/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILBERTO FRANCISCO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANDRE DA CRUZ GONCALVES : 016.640.974-06

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GILBERTO FRANCISCO DA SILVA : 053.463.854-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019
Nome: ANDRE DA CRUZ GONCALVES
CPF: 016.640.974-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

ANDRE DA CRUZ GONCALVES

GERCIA LOURENCO DA SILVA

