

---

**Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200335601**

**Vítima: NILTON CESAR BENTO**

**Data do Acidente: 27/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), NILTON CESAR BENTO**

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, contados 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

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200335601

Vítima: NILTON CESAR BENTO

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NILTON CESAR BENTO

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\$ 1.687,50 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: NILTON CESAR BENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000806

Conta: 000000093086-9

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 838.185.024-04 4 - Nome completo da vítima: Milton Cesar Bento

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

5 - Nome completo: Milton Cesar Bento 6 - CPF: 838.185.024-04  
7 - Profissão: Rec Informar 8 - Endereço: Rua Coronel Gervásio Mancoske 9 - Número: 347 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Tangará 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59240-000  
15 - E-mail: centralseguros04@outlook.com 16 - Tel.(DDD): 84 99828.0300

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0806 CONTA: 000 93086 9  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 (vulgarmente)? ☐ 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, POANDMINIM, 18/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CAIXA**

POUPANÇA

5067 2252 9805 5239

VALIDATE

NILTON CESAR BENTO  
0806 013 00093086-9

10/24

elc



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE TANGARÁ  
Endereço: RUA MIGUEL BARBOSA, 184, CENTRO, TANGARÁ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2020092000384

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 17/09/2020 13.34.35

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 27/01/2019 18.20.00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Em Veículo

2.8 Número: S/N

2.10 Complemento:

2.12 Bairro: CENTRO

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Conhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: BR 226, PRÓXIMO A ENTRADA DO MUNICÍPIO DE TANGARÁ/RN

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: TANGARÁ

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: NILTON CESAR BENTO

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 83818502404

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PESCADOR

3.15 Telefone(s): 84 991854031

3.17 Número: 347

3.19 Bairro: CENTRO

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: TANGARÁ

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S)

4.1.1 O DECLARANTE É A PRÓPRIA VÍTIMA

4.2.1 Nome Completo: MARIA EDILVA DE PONTES

4.2.3 Nome Social:

4.2.5 Mãe: MARIA APARECIDA DE PONTES

4.2.7 Orientação Sexual:

4.2.9 Sexo: FEMININO

4.2.11 CPF: 05014504400

4.2.13 Nacionalidade:

4.2.15 Logradouro: RUA CORONEL EZEQUIEL MERGELINO

4.2.17 Número: 347

4.2.19 Bairro: CENTRO

4.2.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.2 Estado civil: União Estável

3.4 Pai: MANOEL BENTO SILVEIRA

3.6 Mãe: RITA FELX DE PONTES

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 04/03/1972

3.14 RG: 001228189 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: TANGARÁ RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA CORONEL EZEQUIEL MERGELINO

3.24 CEP:

5. DADOS PESSOAIS DO(S) ACUSADO(S) (NÃO FORAM INCLUÍDOS ACUSADOS)

6. DADOS PESSOAIS DA(S) TESTEMUNHA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS TESTEMUNHAS)

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não

7.1.3 Chassi: 9C2JC4110CR492939

7.1.5 Placa: NOA8011

7.1.7 Marca: HONDA

7.1.9 Ano do Modelo: 2012

7.1.11 Cor do veículo: ROXA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: NILTON CESAR BENTO

7.1.17 Nome do condutor: NILTON CESAR BENTO

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam: 00451696662

7.1.6 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

7.1.8 Modelo: CG 125 FAN KS

7.1.10 Ano de Fabricação: 2012

7.1.12 Tipo do veículo: MOTOCICLETA

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

INFORMA O COMUNICANTE/VÍTIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL SUPRACITADO; QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA 'HONDA/CG 125 FAN KS, PLACA NOA8011, CHASSI 9C2JC4110CR492939, RENAVAM 00451696662, ANO/MOD.2012/2012, DE COR ROXA E LICENCIADA EM NOME DO COMUNICANTE', TRAZENDO NA GARUPA A OUTRA VÍTIMA; QUE UM ANIMAL "CAVALO" ATRAVESSOU REPENTINAMENTE NA FRENTE DA MOTOCICLETA; QUE O DECLARANTE NÃO TEVE TEMPO ABIO DE ACIONAR OS FREIOS E ACABOU COLIDINDO COM O ANIMAL; QUE O MESMO CAIU AO SOLO JUNTO COM A OUTRA VÍTIMA; QUE AMBOS SOFRERAM VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E O DECLARANTE QUEBROU OS 02 (DOIS) BRAÇOS E FOI ENCAMINHADO PELO "SAMU" DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL "REGIONAL WILFREDO GURGEL" E A OUTRA VÍTIMA FOI SOCORRIDOS PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE TANGARÁ/RN. E 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 17/09/2020 13.34.35

  
Policia

  
Interessado



Polegar direito

Atendimento: 1300245 - JOSÉ JAILTON FERREIRA DE MEDEIROS

Impresso por: 1300245 - JOSÉ JAILTON FERREIRA DE MEDEIROS em 17/09/2020 13:36:40

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

J2020092000384

# 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: 29/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: NILTON CESAR BENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00806

CONTA: 000000093086-9

---

Nr. da Autenticação 4B989DD29C4D3AFD

[illegible]

**CABO  
TELECOM**

**20  
ANOS**

SAC: 2010.2010  
10600

**FAC**

9912343188 DR/RN  
CABO

CORREIOS



CDD PARNAMIRIM RN  
5016170 JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES  
R DR SADI MENDES 1026 P. A Alto

SANTOS REIS  
59141-085 Parnamirim -RN



6014038255001510000000954210300720

Data de Postagem: 30/07/2020 Data de Vencimento: 17/08/2020

*Há 20 anos*  
**conectando  
você ao que  
importa.**

**TV | Internet Fibra | Telefonia**



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. <sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu FRANCISCO OLIVIERIO DO NASCIMENTO FILHO inscrito

(a) no CPF/CNPJ 923.980.303 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

WILTON CESAR BENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 838.885.024 / 04, do

sinistro de DPVAT cobertura INVALIDOZ da Vítima WILTON CESAR BENTO, inscrito (a)

no CPF sob o Nº 838.885.024 / 04, 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: RUA DR. SADI MENDES

Número: 1026-A Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: SANTOS REIS

Cidade: PARNAMIRIM

Estado: RN

CEP: 59141-085

E-mail: CENTRALSEGUROS04@OUTLOOK.COM

Tel. (DDD): (084) 2226-5669

Local e Data: PARNAMIRIM, 18 de setembro de 2020

Francisco Oliverio do Nascimento Filho

Assinatura do Declarante



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

BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 5307 /2019

Admissão: 27/01/2019 20:38:56



CIRURGIA GERAL - LARANJA

Paciente: 112285 - NILTON CESAR BENTO (46 a 10 m 23 d )

Nascimento: 04/03/1972

Natural: TANGARA, BRASIL

CNS: 898002375214252

CPF: 83818502404

Sexo: F Cor: PARDA

Mãe: RITA FELIX DE PONTES

Prof:

Logradouro: GEARALDO ABDALA, 6

Pai:

CEP: 59240000

Bairro: CENTRO

Telefone: 84 996287477

Compl:

Cidade: TANGARA

Motivo: MOTO X ANIMAL

Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 27/01/2019 20:35:43

| HORA | P.A.   | HGT | SatO2 | FIO2 | F.R. | F.C. | TEMP. | Glasgow | RTS |
|------|--------|-----|-------|------|------|------|-------|---------|-----|
|      | 140/80 |     | 96%   |      | 19   | 72   |       |         |     |
|      |        |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |        |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |        |     |       |      |      |      |       |         |     |
|      |        |     |       |      |      |      |       |         |     |

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLKISAO MOTO/ANIMAL/FRAT EXPOSTA MSE/ESCORIAÇOES

Hora: 12:10

Exame de corpo inteiro, mostrando lesões extensas de tipo contusivo e lacerativo, com presença de ferimentos de tipo lacerante e contusivo.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VAI um animal morto

B Espirais

C Estável

D Glasgow 15

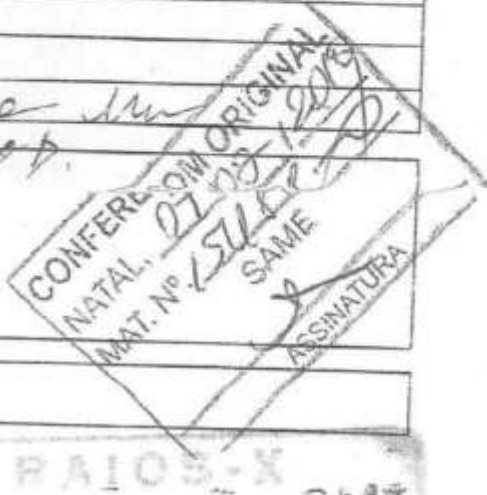
E Exposto um ponto e o volume um

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Sem déficits.

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID



## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

fc fexox AR  
 ombro + AR/P  
 punho e AR/d.

Punho e AR/d.

OUTROS

CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Ex de toco: Opção de  
 de fexox + AR/P

em: Mto de C. p.

Dr. Diego Medeiros  
 MR Cirurgia Geral  
 CRM 7000

+ Dr. Maria

CONFERE COM ORIGINAL  
 NATAL. 07/07/1974  
 MAT. N.º 157188-2  
 SAME  
 ASSINATURA

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

NCC

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2

Antopoli

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

Dr. Diego Medeiros  
 MR Cirurgia Geral  
 CRM 7000

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

/ /

HORA

SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA

/ /

HORA

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

**ANAMNESE**

Nen 21.50

Acid de nato

pleno 15 11 de put nato

te. uano em lnter intecauum.

**EXAME FÍSICO**

Nto Nen Dep 21.50

2010-01-01

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

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

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

**OUTROS**

**CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

CONFERE COM ORIGINAL

NATAL 07/07/2010

MAI 10/10/2010

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ENTÃO TEÓRICA

| ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW                                                                                         |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Abertura Ocular (AO)                                                                                                        |   |
| Oftos se abrem espontaneamente.                                                                                             | 4 |
| Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se despertar quando é, se não é) | 3 |
| Oftos se abrem por estímulo doloroso                                                                                        | 2 |
| Oftos não se abrem.                                                                                                         | 1 |
| Melhor resposta verbal (MRV)                                                                                                |   |
| Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre "quem sou", "onde estou", "qual a data e hora")       | 5 |
| Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)                                        | 4 |
| Falamos incoerentemente (Não faz sentido, mas não há palavras incoerentes)                                                  | 3 |
| Sons ininteligíveis. (Deverão ser articulados palavras)                                                                     | 2 |
| Assente.                                                                                                                    | 1 |
| Melhor resposta motora (MRM)                                                                                                |   |
| Obedece a ordem verbal. ( Faz alguma coisa quando lhe é ordenado.)                                                          | 6 |
|                                                                                                                             | 5 |

| "ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS" |            |
|----------------------------------------------|------------|
| DISCRIMINADOR                                | PONTUAÇÃO  |
| ESCALA DE COMA DE GLASGOW                    | 15-100 = 4 |
|                                              | 9-100 = 3  |
|                                              | 6-80 = 2   |
|                                              | 4-50 = 1   |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA                      | 10-20 = 4  |
|                                              | 1-20 = 3   |
|                                              | 1-10 = 2   |
|                                              | 1-5 = 1    |
| PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA                   | 90 = 4     |
|                                              | 70-90 = 3  |
|                                              | 50-70 = 2  |
|                                              | 1-50 = 1   |

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2005)

10 - 15 grave (necessidade de intervenção imediata)

16 - 20 moderado

21 - 25 leve

Referência: TEARDALL, JENNET, R. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:97-101

"A escala proposta aplica-se a pacientes com lesões de crânio e coluna cervical com idade superior a 2 anos. Na Escala Qualitativa aplica-se ao doente que classifica a manifestação de sua dor de acordo com os seguintes adjetivos:

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

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO EM URGÊNCIA

ANAMNESE

Ortopedia  
Cotovelo Mto. Anomalo

EXAME FÍSICO

Exame físico extenso e Anestesia local

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Lesão ligamentar do Cotovelo

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

Rx. Ant. e post. do Cotovelo  
TC do membro

LABORATÓRIO

1. Ant. do Cotovelo

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1. Analgésico  
2. Antibiótico  
3. Curativo

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

1. Monitorar sinais vitais  
2. Manter o membro em posição funcional

Dr. Judson W. Verissimo do Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Quadril e Pelve  
CRM-RN - 6892 - TEOT 14810  
Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Dr. Judson W. Verissimo do Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Quadril e Pelve  
CRM-RN - 6892 - TEOT 14810  
RQE 2073

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: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 1036 /2019

Prontuário: 1180368

Paciente: 112285 - NILTON CESAR BENTO

Cartão SUS: 898002375214252

Idade: 46 anos 10 meses 23 dias Sexo: F

Nome da mãe: RITA FELIX DE PONTES

Nome do pai:

Rua/Av: GEARALDO ABDALA

Complemento:

CEP: 59240000

Telefone: 84 996287477 84 996287477

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: NILTON CESAR BENTO -

Usuário: SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 83818502404

Etnia: PARDA

Dt Nasc: 04/03/1972

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nº: 6

Bairro: CENTRO

Cidade: TANGARA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1008

Admissão: 27/01/2019 22:33:37

Alta:

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.5 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO  
408020407 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL  
07/08/2019  
17:08  
ASSINATURA

NATAL, 27 de Janeiro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

# NILTON CESAR BENTO, : DX from 27/01/2019





Hospital Memorial  
São Francisco

## Hospital Memorial de Natal

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

Data: 12/06/2019 11:24

### FICHA DE INTERNAMENTO

Paciente: **NILTON CESAR BENTO** Registro: **133952**  
Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**  
Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO** N.: **347** Bairro: **CENTRO**  
Cidade: **TANGARA** UF: **RN** CEP: **59240000** Fone: **84998024893**  
Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC** Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

#### Dados do Internamento

Num. Internamento: **7** Entrada: **12/06/2019 11:24** Previsão saída: **14/06/2019 11:00** Atendente: **THALYTARCS**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **709607614280477**  
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: **2156**

**LEITO RESERVA 02**

#### Dados do Responsável

Responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_

#### Termo de Responsabilidade

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

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

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

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

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

Assinatura: [ Nilton Cesar Bento ] Paciente [ ] Responsável [ ]

Observações:

COM AII, AUT MUNC, SISREG, DOCS, MEDICO CIENTE.

HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol - Natal/RN  
Cep: 59022-020  
CONFERE COM ORIGINAL  
EM, 10/09/20

Hospital Memorial  
São Francisco

**Hospital Memorial de Natal**  
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATA: RN  
Fone: (84)3133-2000 / Fax: (84)3102-1228  
hmemorial@live.com.br

Data: 12/06/2019 11:24

## FICHA DE INTERNAMENTO

### Dados do Paciente

Registro: 133952

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Num. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04**

Nascimento: **04/03/1972**

47 anos

Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84998024893**

Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **7**

Entrada: **12/06/2019 11:24**

Previsão saída: **14/06/2019 11:00**

Atendente: **THALYTARCS**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

Médico

**Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**

CRM: **2155**

**LEITO RESERVA 02**

### Término de Responsabilidade

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

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

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

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

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

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

Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedência: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

Interrogatório sobre diversos aparelhos: \_\_\_\_\_

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

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

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

Ap. Cardiorespiratórios: \_\_\_\_\_

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

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

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

Impressão geral: \_\_\_\_\_

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

**Dados do Paciente**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO** Registro: **133952**  
Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**  
Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO** N.: **347** Bairro: **CENTRO**  
Cidade: **TANGARA** UF: **RN** CEP: **59240000** Fone: **84998024893**  
Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC** Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

**Dados do Internamento**

Num. Internamento: **7** Entrada: **12/06/2019 11:24** Previsão saída: **14/06/2019 11:00** Atendente: **THALYTARCS**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **709607614280477**  
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: **2156** **LEITO RESERVA 02**

**Dados do Responsável**

Responsável:  
Parentesco:

CPF:

RG:

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

- 1 - Autorizo o(a) **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: **S7736 RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO**
- 2 - O(A) **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA**, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 3 - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [ *X* ] Paciente [ ] Responsável

*Nilton Cesar Bento*

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, respondendo satisfatoriamente todas as perguntas do paciente e acredito que o paciente / responsável compreendeu todo o que expliquei.

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

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

Código Solicitação: 293103488

Número AIH: 24191 2572-1

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Unidade Executante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro**

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

**Central Reguladora**

NATAL

**Data de Solicitação**

14.06.2019 - 11:08:13

**Data de Autorização**

14/06/2019 - 21:19:08

**Data de Reserva**

18.06.2019

**Data de Internação**

15.06.2019

**Data Prevista de Alta**

29.10.2046

**Data de Alta**

15/06/2019 - 21:04:39

**Motivo da Alta**

1.1 ALTA CURADO

**CNES:**

2408252

**CNES:**

2408252

**Município Executante**

NATAL

**Operador**

LUCIMAR

**Operador**

01075386446PEDRO

**Operador**

18129862204LUCIMAR

**Operador**

18129862204LUCIMAR

**DADOS DO PACIENTE****CNS:**

709607614280477

**Nome do Paciente**

NILTON CESAR BENTO

**Nome da Mãe**

RITA FELIX DE PONTES

**Sexo:**

MASCULINO

**Data de Nascimento:**

04/03/1972 (47 anos)

**Tipo Logradouro:**

SÍTIO

**Número:****País de Residência:**

BRASIL

**Telefone(s):**

---

**Nome Social/Apelido:**

---

**Naturalidade:**

TANGARA - RN

**Raça:**

AMARELA

**Tipo Sanguíneo:**

---

**Logradouro:**

SETOR VARZEA DO MILHO

**Bairro:**

RURAL

**Município de Residência:**

TANGARA

**Complemento:****CEP:**

59240-000

**UF:**

RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:**

19561917807

**CPF do Médico Executante:**

19561917807

**Diagnóstico Inicial - CID:**

M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

**Caráter**

10 - Eletivo

**Clinica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

**Nome do Médico Solicitante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Nome do Médico Executante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**Classificação de Risco**

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

**Clinica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

0415020034

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

PACIENTE COM DEFICIT FUNCIONALPOR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO /td&gt;

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

R X + E F

**Condições que Justificam a Internação:**

TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA VICIOSAMENTO CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS + OSTOMIA + ENXERTO DO ANTEBRAÇO

**PARECER****Motivo de Impedimento do Regulador:**

---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:****Data de Solicitação:**

14.06.2019 - 11:08:13





**Hospital Memorial**  
**São Francisco**

**PACIENTE: NILTON CÉSAR BENTO**

**MEDICO RESPONSÁVEL: Dr. MARCOS**

**ORIENTAÇÕES PARA INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Documentos originais necessários para internação:

- **Identidade**
- **CPF**
- **Comprovante de residência**
- **Cartão do SUS**
- **AIH original do Médico**
- **Autorização da secretaria da sua cidade**

**ORIENTAÇÕES PARA O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

Data da Internação: 12 / 06 / 2019

Horário: 11:30

Alimentação até 6:00 hs da manhã  
Depois não tomar nem água  
Jejum de 8 hs

Alimentação até :00 hs da noite anterior ao procedimento  
Depois não tomar nem água  
Jejum de 8 hs

Telefone pra contato:

3133-4200 ou 3133-4212 Lucimar

lucimar.natal2007@hotmail.com

WhatsApp do hospital: 98191-4429 horário: 08h00min às 16h00min.

Obs: Não vir com as unhas pintadas  
Trazendo em mãos todos os exames

## ORIENTAÇÃO DE PRÉ INTERNAÇÃO

- **Usuário (a) do serviço de saúde:** NILTON CÉSAR BENTO
- **Município de origem:** TANGARÁ
- **Procedimento:** FRATURA DE ANTE BRAÇO
- **Período de internação:** 12/05/19
- **Faz uso de medicação controlada (antidepressivos, tranquilizantes, sedativos e anticonvulsivos):** ( ) Sim: (X) Não

\*em caso de uso de medicação controlada é necessário que no momento da internação apresente a medicação e a prescrição médica e o familiar permaneça ao aguardo do término do procedimento cirúrgico na recepção.

- **Pessoa com deficiência:** NÃO
- **Acompanhante:**

### CIENTE DE INTERNAÇÃO NÃO NECESSITA DE ACOMPANHANTE.

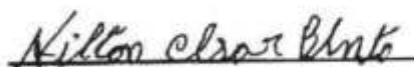
#### Orientações gerais:

- \* **Horário de visita das enfermarias:** 15 h às 16 h, apenas dois visitantes por dia.
- \* **Horário de visita dos apartamentos:** livre das 08 h às 21 h, nunca exceder dois visitantes por vez dentro do apartamento.
- \* **Horário de visita da UTI 1:** às 11 h e 30 min e às 17 h e 30 min. 30 minutos de visita para cada turno. Apenas dois visitantes por turno.
- \* **Horário de visita da UTI 2:** às 12 h e às 17 h e 30min. 30 minutos de visita para cada turno. Apenas dois visitantes por turno.
- \* **Só será permitido apenas 01 (um) acompanhante, devendo o mesmo respeitar as normas do Hospital Memorial, zelar pelas suas instalações, aceitar, respeitar e seguir as orientações repassadas**
- \* **Só será permitida a entrada de crianças acima de 12 anos com documento de identidade e acompanhado do responsável para as visitas em apartamentos e enfermarias. Nas UTIs só será permitida a entrada de maiores de 18 anos.**

Natal, 29 de maio de 2019.

  
Jessica Alexandre de Araújo  
Assistente Social  
CRESS/RN 4624

Assistente Social



Paciente



Rio Grande do Norte

Secretaria Municipal de Saúde - Tangará/RN

Avenida João Ataíde de Melo, sn - Centro - Tangará/RN - CEP: 59.240-000

CNPJ/MF N° 11.295.071/0001-85



## AUTORIZAÇÃO DE AIH

REGISTRO Nº43/2019

Encaminho a essa Unidade Hospitalar, **HOSPITAL MEMORIAL**, o paciente **NILTON CÉSAR BENTO**, portador SUS: 898002375214252 e do CPF: 838.185.024-04 residente na **RUA CORONEL EZEQUIEL MERGELINO, 347 - TANGARÁ/RN**, para Intervenção Cirúrgica na especialidade: **FRATURA DE ANTE BRAÇO ESQUERDO** já que a nossa Unidade de Saúde, o **Hospital Maternidade Santa Terezinha**, ainda não dispõe dos devidos procedimentos. Assim sendo, autorizamos transferir em favor deste Hospital a AIH - Autorização de Internação Hospitalar do nosso município, ainda no banco de compensação da SESAP-RN, para que seja viabilizado o referido internamento.

Tangará, 30 de maio de 2019.

  
Maria do Livramento Silva  
Secretária Municipal de Saúde

Código: 292552263

### IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MEMORIAL (2408252)  
Central Reguladora:  
NATAL

Op. Solicitante:  
LUCIMAR  
Unidade Desejada:  
HOSPITAL MEMORIAL (2408252)

Data de Solicitação:  
11.06.2019 - 11:28:12  
Data Desejada:  
12.06.2019

### DADOS DO PACIENTE

CNS:  
709607614280477  
Nome do Paciente  
NILTON CESAR BENTO  
Nome da Mãe  
KITA FELIX DE PONTES  
Sexo:  
MASCULINO  
Data de Nascimento:  
04/03/1972 (47 anos)  
Tipo Logradouro:  
SETIO  
Número:

País de Residência:  
BRASIL  
Telefone(s):

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:  
TANGARA - RN  
Raça:  
AMARELA  
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:  
SETOR VARZEA DO MILHO  
Bairro:  
RURAL  
Município de Residência:  
TANGARA

Complemento:

CEP:  
59240-000  
UF:  
RN

### DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:  
12411337434  
Diagnóstico Inicial - CID:  
Z478 - OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPÉDICOS ESPECIFICADOS  
Caráter  
10 - Eletivo  
Clínica:  
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA  
Procedimento Solicitado:  
RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Nome do Médico Solicitante:  
EDUARDO LOPES DE SANTANA

Status da Solicitação:  
PENDENTE

Classificação de Risco  
Prioridade 3 - Atendimento eletivo  
Clínica Complementar:  
Nenhuma  
Código:  
0408060363

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:  
PACIENTE RETORNA PARA RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO /td>  
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:  
R X  
Condições que Justificam a Internação:  
TRATAMENTO CIRURGICO RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

### PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:  
11.06.2019 - 11:28:12

Data da Extração dos Dados: 11/06/2019 15:28:06



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

# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE   | 2 - CNES |
| 3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE | 4 - CNES |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

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

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                      |                                            |                       |                        |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                           | 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO |                       |                        |                        |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) | 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                   | 21 - CID 10 PRINCIPAL | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CAUSAS ASSOCIADAS |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                           |                           |                    |                            |                                       |                     |                |                                                 |
|-------------------------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------------|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | 25 - CÓD. DO PROCEDIMENTO | 26 - LEITO/CLÍNICA | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | 29 - Nº SOLICITAÇÃO | 30 - CNS / CPF | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO) |
|-------------------------------------------|---------------------------|--------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------|-------------------------------------------------|

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

|                                 |                         |                    |            |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------|------------|
| 32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO   | 33 - CNPJ DA SEGURADORA | 34 - Nº DO BILHETE | 35 - BÔNUS |
| 36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO  | 37 - CNPJ               | 38 -               | 40 -       |
| 38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO |                         |                    |            |
| 40 - ( ) CID. 10 PRINCIPAL      |                         |                    |            |
| 42 - ( ) CID. 10 SECUNDÁRIO     |                         |                    |            |

## AUTORIZAÇÃO

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



**Hospital Memorial**  
São Francisco

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: NILTON CESAR BENTO

Data do Procedimento: 12062019

Registro: 133952

IH: 7

Diagnóstico pré operatório: S524 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA] -

Código do procedimento

0408060360

Cirurgia realizada

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: GILVAN DE CARVALHO

1904

Grau de Contaminação: Infectado

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Sim - SECREÇÃO DO ANTEBRAÇO

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

Não utilizado

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL NA MESA CIRÚRGICA; ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA; CAMPOS OPERATORIOS; RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO; CURATIVO.

CRM: 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA

13/06/2019 14:40:47



Hospital Memorial  
São Francisco

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

## BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

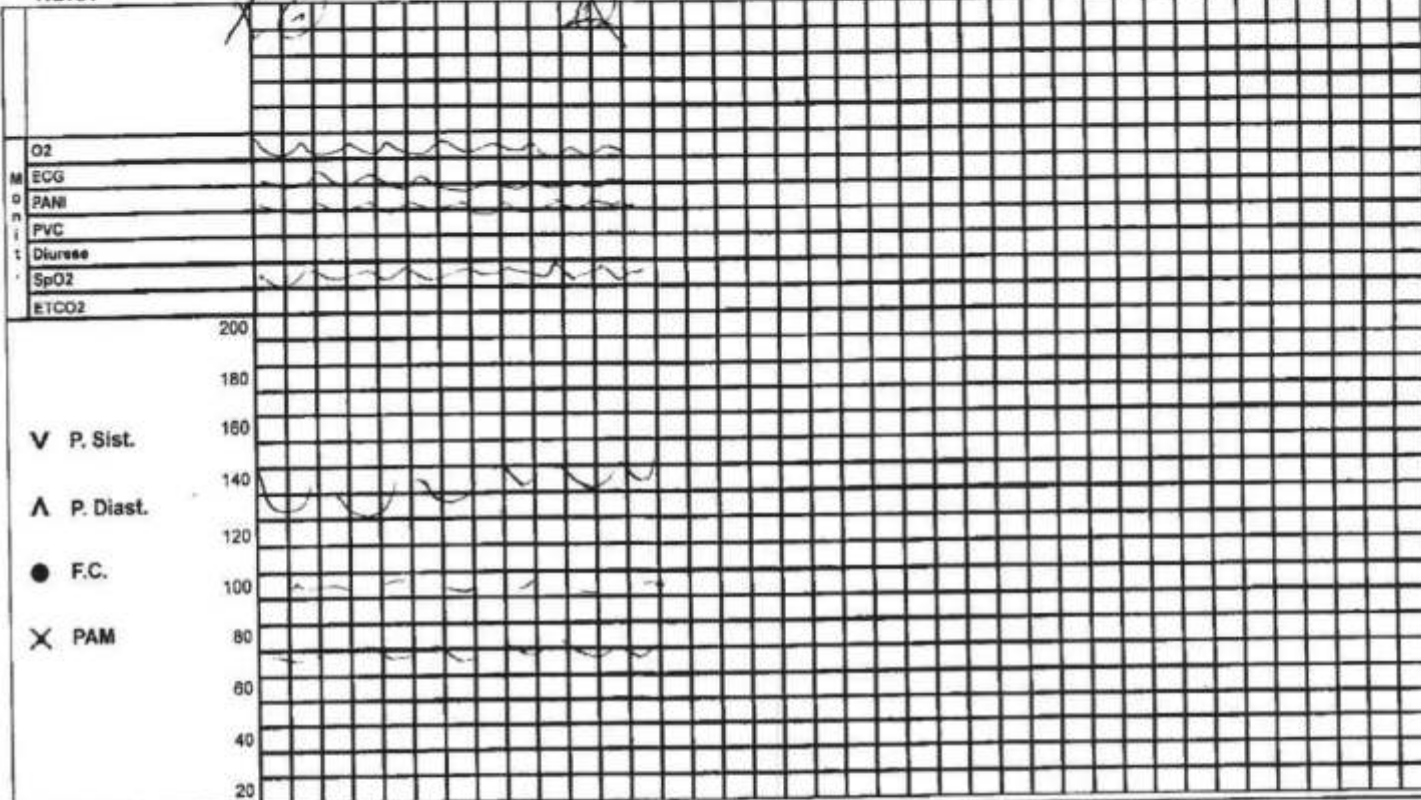
Paciente: NILTON CESAR BENTO

NILTON CESAR BENTO Nº: 133952

IH: 7

|                                                                         |             |             |                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-----------------------------------------|
| Cirurgia Realizada<br>RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO |             |             | Data<br>12.06.2019                      |
| Cirurgião<br>DR EDUARDO                                                 | 1º Auxiliar | 2º Auxiliar | Anestesiologistas<br>GILVAN DE CARVALHO |

HORA



### Exames Laboratoriais

|                                |       |      |
|--------------------------------|-------|------|
| pH                             |       |      |
| P <sub>a</sub> CO <sub>2</sub> |       |      |
| HCO <sub>3</sub>               |       |      |
| CO                             |       |      |
| EB2                            |       |      |
| P <sub>a</sub> O <sub>2</sub>  |       |      |
| SHbO <sub>2</sub>              |       |      |
| Hb                             |       |      |
| Hc                             |       |      |
| Na                             |       |      |
| K                              |       |      |
| Ca                             |       |      |
| Glicose                        |       |      |
| MEDICAMENTOS                   |       |      |
| FENTANIL                       | 800MG | 1 FR |
| MIDAZOLAM                      | 15MG  | 1    |
| NEOCAINA                       | 0,5%  |      |
| DIMORF                         | 0,2MG |      |
| SUFENTANIL                     | 10MCG |      |
| ROCURONIO                      | 50MG  |      |
| ATRACURIO                      | 25MG  |      |
| PROPOVAN                       | 1%    |      |
| EFEDRINA                       | 50MG  |      |
| ARAMIN                         | 10MG  |      |
| CEFALOXINA                     | 1G    | 2    |
| DIPIRONA                       | 1G    | 2    |
| DRAMIN                         | 3MG   | 1    |
| DEXAMETASONA                   | 10MG  | 1    |
| RANITIDINA                     | 50MG  | 1    |
| ONDASETRONA                    | 8MG   |      |
| NEOCAINA                       | 0,5%  |      |
| ISOBARICA                      | 0,5X  |      |
| CETOPROFENO                    | 100mg |      |
| ROPIVACAÍNA                    | 1,0   | 1 FR |
| XILOCAÍNA 2                    | 2,0   | 1 FR |

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL POR VIA INTERESCALÊNICA COM SEDACÃO

BLOQUEIO: PLEXO BRAQUIAL

TIPO: INTERESCALÊNICO

LOCAL DA PUNÇÃO: INTERESCALÊNICO

LATÊNCIA: 20 MIN

NÍVEL ANESTESIA:

AGULHA: 25G

LIQUOR:

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSICÃO: Antes:

Depois:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: NASAL

TRAUMÁTICA: NÃO

SONDA:

Nº

V.T.:

FR.:

CUFF:

V.M.:

P.T.:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: BOA

REFLEXOS: SIM

CONSCIÊNCIA: SIM

### BALANÇO

OXIGÊNIO UM LITRO POR MIN / JELCO 20

### OBSERVAÇÕES

MONITORIZAÇÃO: OXÍMETRO, CARDIOSCÓPIO, PNI E CATETER NASAL

Gilvan de Carvalho  
Anestesiologista  
CRM/RN 1904

DURAÇÃO: 00:30

INÍCIO: 12:30

FINAL: 13:00



**Hospital Memorial**  
São Francisco

# Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 14/06/2019 07:41

## BOLETIM DE SALA

### Dados do paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Convênio: SUS ESTADUAL

Local : SALA 002

Registro: **133952**

Nº: 119.148184

Início: 12/06/2019 12:30 Fim: 12/06/2019 13:00

Cirurgia: **RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO**

Cirurgia Principal

#### Equipe:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA  
Anestesiologista: GILVAN DE CARVALHO  
Instrumentador: EDELMAR MARTINS DA SILVA  
Circulante: ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA

| CRM    | Especialidade           | GPF         |
|--------|-------------------------|-------------|
| 2156   | ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA | 12411337434 |
| 1904   | ANESTESIOLOGIA          | 15707172491 |
| 980343 | TECNICO ENFERMAGEM      | 05608276497 |
| 981845 | TECNICO ENFERMAGEM      | 08068485479 |

#### MATERIAL

| Código | Descrição                               | QTD | UND |
|--------|-----------------------------------------|-----|-----|
| 60392  | AGULHA DESCARTAVEL 25X7                 | 2   | UND |
| 206953 | AGULHA DESCARTAVEL 25X8                 | 2   | UND |
| 60418  | AGULHA DESCARTAVEL 40X12                | 1   | UND |
| 60020  | ATADURA ALG ORTOP 10CMX1,8M             | 8   | UND |
| 64920  | ATADURA DE CREPOM 10CMX1,8M             | 4   | UND |
| 64991  | ATADURA GESSADA NEVE 10CMX3M            | 2   | UND |
| 65227  | CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL        | 1   | UND |
| 61473  | CATETER PROXIGENIO TIPO OCULOS          | 1   | UND |
| 61989  | ELETRODO DESCARTAVEL                    | 5   | UND |
| 60131  | EQUIPO MACROGOTAS C/INJ.FLEXIVEL        | 1   | UND |
| 65037  | ESPARADRAPO 10CM X 4,5                  | 30  | CM  |
| 62278  | GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL        | 3   | PCT |
| 62364  | GORRO DESCARTAVEL                       | 2   | UND |
| 61940  | JELCO 22 G COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA | 1   | UND |
| 62783  | MASCARA DESC C/ ELASTICO                | 2   | UND |
| 65306  | MASCARA DESC C/ TIRAS                   | 2   | UND |
| 61133  | MICROPORE 10 CM X 10 M                  | 20  | CM  |
| 62067  | MICROPORE 2,5CM X 10 METROS             | 20  | CM  |
| 61172  | MICROPORE 5,0CM X 10 METROS             | 20  | CM  |
| 63218  | SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA     | 1   | UND |
| 62475  | SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA      | 1   | UND |
| 65313  | TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL             | 2   | UND |
| 207309 | TRANSOFIX                               | 1   | UND |

#### MEDICAMENTOS

| Código | Descrição                            | QTD | UND |
|--------|--------------------------------------|-----|-----|
| 326    | AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA        | 1   | AMP |
| 8148   | CEFAZOLINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA   | 1   | UND |
| 12764  | CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%           | 25  | MM  |
| 12599  | CLOREXIDINA AQUOSA 0,2%              | 25  | ML  |
| 11669  | DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMPOLA     | 1   | AMP |
| 2731   | DIMENIDRINATO 86 COM (DRAMIN)        | 1   | CPR |
| 11067  | DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA             | 2   | AMP |
| 6294   | FENTANILA,CITRATO 10ML FRASCO AMPOLA | 1   | ML  |
| 1485   | LIDOCAINA 2% SEM VASO 20ML           | 1   | AMP |
| 3060   | MIDAZOLAM 15MG (5MG/ML) AMPOLA       | 1   | AMP |
| 11304  | RANITIDINA 50MG (25MG/ML) AMPOLA     | 1   | UND |
| 7868   | ROPIVACAINA 10MG/ML- 20ML (NAROPIN)  | 1   | UND |
| 8718   | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML          | 1   | UND |

#### TAXAS

| Código | Descrição                                 |
|--------|-------------------------------------------|
| 90711  | TAXA OXIGENIO SOB PRESSAO 1/4             |
| 90553  | TAXA OXIMETRO                             |
| 91856  | TAXA MONITOR DE PRESSAO                   |
| 91752  | TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO 5 |
| 92326  | TAXA RECUP POS-ANEST PORTE-00             |

Rayane Almeida de Melo Silva  
COREN-RN 646863-ENF

ENFERMEIRO

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**Dados do Paciente**

Registro: 133952 IH: 7 Paciente: **NILTON CESAR BENTO**  
Nascimento: 04/03/1972 47 anos Internação: 12/06/2019 11:24:18 Leito: **LEITO RESERVA 02**

**ANTES DO ATO CIRÚRGICO**

12/06/2019 13:00:00 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE RETIRADA DE FIXADOR EM MSE, NEGA HAS+AM+DM ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD Nº 20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MSE

Exame Laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 1

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:



**SRPA**

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: ORIENTADO

Oxigenoterapia: O²AMBIENTE

Acesso venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: SIM-QTD: 2

Medicação administradas:

Encaminhamento:

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

Assinatura Responsável





**Hospital Memorial**  
São Francisco

**Hospital Memorial de Natal**

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

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

Data: 13/06/2019 07:34

## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

### Dados do Paciente

Registro: **133952** IH: **7** Paciente: **NILTON CESAR BENTO**  
Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Internação: **12/06/2019 11:24:18** Leito: **LEITO RESERVA 02**

## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

### DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQUEIO E PLEXO

Anestesiologista: DRº gilvan

Tipo: retirada de fixador externo

Cirurgião: DR. EDUARDO

Instrumentador: edelmar

Circulante: andre

Tipo curativo: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA G2

Medicação administradas:

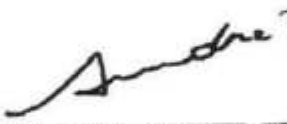
### Intercorrências / Observações:

PACTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM Oº AMBIENTE, DEAMBULANDO, EM JEJUM PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM MSE ESQUERDO, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, APRESENTA COM MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA, EM MSD CIATRIZ DE PROCEDIMENTO DE OUTRAS DATAS, PUNÇIONADO EM MSD COM JELCO Nº 22 VIAB SF 0,9%, COLETADO SWAB PARA CULTURA, PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM 2º AMBIENTE, FERIDA OPERATORIA COM FIXADOR EXTERNO, SEM MAS ALERACOES SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE LANTAO.

## FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

### CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Pontencial de Contaminação: Limpa

  
ANDRE LUIZ MIGUEL PEREIRA  
Técnico(a) COREN - 981845



**Hospital Memorial**  
São Francisco

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

## O - UNIDADE ENFERMAGEM

### Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952** N° Internação: **7**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Data Internação: **12/06/2019 11:24:18** Leito: **LEITO RESERVA 02**

#### OBSERVAÇÕES GERAIS

19H PACIENTE SAIU DE ALTA ACOMPANHADO DO FAMILIAR E MAQUEIRO.

12/06/2019

OUT - 62581808

RAFAELA FILGUEIRA PAVA



**ProntoNeuro**  
Imagens Médicas

- Tomografia computadorizada helicoidal
- Eletroencefalograma digital
- Ressonância magnética nuclear
  - Eletroencefalograma digital
  - Mapeamento cerebral
  - Densitometria Óssea
  - Radiologia Geral
  - Urografia excretora
  - Mamografia digital

Paciente: 76499 - WANDICK GALVAO DE LIMA

Local de Entrega: PRONTO NEURO TIROL

Convênio: PARTICULAR TIROL

Médico Solicitante: Dr(a) CLEITON V. PEREIRA

Atendimento: 119-5315

Data de Nascimento: 13/08/1963

Sexo: Masculino

Data de Realização: 09/05/2019

## RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBAR

### TÉCNICA:

- Exame realizado em aparelho de Ressonância Magnética de 1,5 Tesla com obtenção de imagens nas seguintes seqüências:

TSE T1 no plano sagital.

FSE T2 no plano sagital

FSE T2 no plano axial.

### LAUDO:

- Discopatia degenerativa no nível de L5/S1.
- Redução da altura do disco de L5/S1.
- Protusão discal de base larga mais acentuada a esquerda no nível de L5/S1, comprimindo a face ventral do saco dural e reduzindo a amplitude dos neuroforames.
- Alterações degenerativas na placa terminal dos corpos de L5-S1.
- Corpos vertebrais lombares alinhados e com formações osteofíticas.
- Estruturas dos arcos neurais posteriores normais.
- Canal raqueano de morfologia e dimensões normais.
- Tecidos moles paravertebrais com sinal habitual

### IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Ressonância Magnética da Coluna Lombo-sacra revelou:
- Discopatia degenerativa no nível de L5/S1.
- Redução da altura do disco de L5/S1.
- Protusão discal de base larga mais acentuada a esquerda no nível de L5/S1, comprimindo a face ventral do saco dural e reduzindo a amplitude dos neuroforames.
- Alterações degenerativas na placa terminal dos corpos de L5-S1.

Dr. Luiz Rodrigues da Silva Filho, Neurocirurgião - CRM: RN / 1607

UNIDADES: TIROL: Rua Antônio Albuquerque, 968, Tirol // ZONA NOTE: Rua Porto da Folha, 2003, Igapó // PARNAMIRIM: Rua Otávio Gomes de Castro, 76, Centro

CONTATOS: Telefone: (84) 3342-7755 // Site: www.prontoneuro.com.br

OTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo. Já que as patologias são evolutivas e podem modificar-se de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.





Hospital Memorial  
São Francisco

## Hospital Memorial de Natal

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

*[Handwritten signature]*

### FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 26/02/2019 10:41

Paciente: **NILTON CESAR BENTO** Registro: **133952**  
Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**  
Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO** N.: **347** Bairro: **CENTRO**  
Cidade : **TANGARA** UF: **RN** CEP: **59240000** Fone: **84996677994**  
Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC** Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

#### Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **26/02/2019 10:40** Previsão saída: **27/02/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **709607614280477**  
Médico : **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500**

**SALA 001**

#### Dados do Responsável

Responsável: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_

#### Termo de Responsabilidade

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

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

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

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

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

Assinatura: [ *[Handwritten signature]* ] Paciente [ ] Responsável

*Nilton Cesar Bento*

#### Observações

**SISREG, AIH, DOCUMENTOS, 01 COPIA DE RX, PROT WOLF. MEDICO CIENTE.**

**FICHA DE INTERNAMENTO**

Data: 26/02/2019 10:41

**Dados do Paciente**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade : **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84996677994**

Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

**Dados do Internamento**

Num. Internamento: **1**

Entrada: **26/02/2019 10:40** Previsão saída: **27/02/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matricula/CNS: **709607614280477**

Médico : **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

**SALA 001**

**Termo de Responsabilidade**

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

Data da Baixa: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnostico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedencia:: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Ap. Urinario e Ginecológico: \_\_\_\_\_

Impressão geral: \_\_\_\_\_

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

**Dados do Paciente**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade : **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **8499667799**

Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

**Dados do Internamento**

Num. Internamento: **1**

Entrada: **26/02/2019 10:40** Previsão saída: **27/02/2019 1:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

Médico : **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

**SALA 001**

**Dados do Responsável**

Responsável:

CPF:

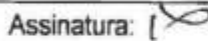
RG:

Parentesco:

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

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S7918 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DI
2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [  ] Paciente [ ] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

**Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500**

O.E: M240810001

ESFERA: PRIVADO

APRESENTAÇÃO: 03 / 2019

Num AIH: 241910016732-0

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 03/2019

Data Autorização: 26 / 02 / 2019

Especialidade: 01 - CIRURGICO Orgão Emissor: M240810001 CRC:  
Doc autorizador: 980018002592283 Doc med resp: 190057414250018 Doc diretor clínico: 108972384590018 Doc médico solic: 190057414250018  
CNS: 2408252 - CLINICA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGICA DA NATAL LTDA CNS: 70960761428047-7  
Paciente: NILTON CESAR BENTO Prontuário: 133952  
Data Nasc.: 04 / 03 / 1972 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 010 - BRASIL Tipo Doc.: CPF Doc: 83818502404  
Responsável pac.: NILTON CESAR BENTO Nome da Mãe: RITA FELIX DE PONTES  
Endereço: RUA CORONEL EZEQUIEL MERGELINO 347 Bairro: CENTRO Raça/Cor: 03-PARDA Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
Município: 241400 - TANGARA UF: RN CEP: 56240-000 Telefone: (84)9968-77994 Muda Proc.?: NÃO  
Procedimento solicitado: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS  
Procedimento principal: 04.15.01.001-2 - TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS  
Diag. principal: Z478-OUTROS SEGUIMENTOS ORTOPEDICOS ESPECIFICADOS  
Complementar:  
Carater atendimento: 01 - ELETIVO  
Data internação: 26 / 02 / 2019 Data saída: 26 / 02 / 2019 Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: - AIH Posterior: -

Diag. secundário:  
Causa Óbito:  
Modalidade: HOSPITALAR

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]

CNPJ do Empregador: - / -  
Vínculo Previdência: -

CNAER: -  
CBOR: -

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

| Linha | Procedimento | Documento CBO             | CNES/CNPJ | Apurar Valor p/ Qtd | Cmp | Descrição                                   |
|-------|--------------|---------------------------|-----------|---------------------|-----|---------------------------------------------|
| 1     | 0408060360   | 980018000075923 225151(6) | 3572196   | 3572196             | 1   | 02/2019 RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO         |
| 2     | 0408060360   | 980018000075923 225151(6) | 3572196   | 3572196             | 1   | 02/2019 RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO         |
| 3     | 0408060352   | 980018000075923 225151(6) | 3572196   | 3572196             | 1   | 02/2019 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO |
| 4     | 0408060352   | 980018000075923 225151(6) | 3572196   | 3572196             | 1   | 02/2019 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO |
| 5     | 0408060352   | 980018000075923 225151(6) | 3572196   | 3572196             | 1   | 02/2019 RADIOGRAFIA DE ANTEPÉDIO            |

**VALORES DA PRÉVIA**

| VALORES DA PRÉVIA | Serviço Hospitalar |          | Serviço Profissional |          |         |          | TOTAL  |
|-------------------|--------------------|----------|----------------------|----------|---------|----------|--------|
|                   | Direto             |          | Direto               |          | Rateado |          |        |
|                   | Próprio            | Terceiro | Próprio              | Terceiro | Próprio | Terceiro |        |
| 04                |                    |          |                      | 33,56    |         | 78,36    | 279,40 |
| Total Geral:      | 167,48             |          |                      | 33,56    |         | 78,36    | 279,40 |

**SERVIÇO/CLASSIFICAÇÃO**

Linha Serviço Classif. Descrição

**CID SECUNDÁRIO**

Cid Característica Descrição  
W106 ADQUIRIDO QUEDA EM OU DE ESCADAS OU DEGRAUS - LOCAL NAO ESPECIFICADO

Número de Nascidos Número de Saídas Nº Pré-Natal:  
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

ASSINATURA E CARIMBO  
DIRETOR DO HOSPITAL

"De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente"

Diretor do Hospital  
Assinatura e Carimbo  
11/03/2019

Código Solicitação: 277248833

Número AIH: 24191001673' 0

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Unidade Executante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro**

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

**Central Reguladora**

NATAL

**Data de Solicitação**

25.02.2019 - 10:30:22

**Data de Autorização**

25/02/2019 - 11:02:53

**Data de Reserva**

25.02.2019

**Data de Internação**

26.02.2019

**Data Prevista de Alta**

27.02.2019

**Data de Alta**

26/02/2019 - 17:15:56

**Motivo da Alta**

1.2 ALTA MELHORADO

**CNES:**

2408252

**CNES:**

2408252

**Município Executante**

NATAL

**Operador**

03282959494PPC

**Operador**

63721392434CRISTIANA

**Operador**

33391521449FRANCISCA

**Operador**

33391521449FRANCISCA

**DADOS DO PACIENTE****CNS:**

709607614280477

**Nome do Paciente**

NILTON CESAR BENTO

**Nome da Mãe**

RITA FELIX DE PONTES

**Sexo:**

MASCULINO

**Data de Nascimento:**

04/03/1972 (47 anos)

**Tipo Logradouro:**

SÍTIO

**Número:****Nome Social/Apelido:**

---

**Naturalidade:**

TANGARA - RN

**Raça:**

AMARELA

**Tipo Sanguíneo:**

---

**Logradouro:**

SETOR VARZEA DO MILHO

**Complemento:****Bairro:**

RURAL

**CEP:**

59240-000

**Município de**

Residência:

UF:

TANGARA

RN

**País de Residência:**

BRASIL

**Telefone(s):**

---

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:**

19561917807

**CPF do Médico Executante:**

19561917807

**Diagnóstico Inicial - CID:**

S52B - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO

**Caráter**

11 - Urgência

**Clinica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO

**Nome do Médico Solicitante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**Nome do Médico Executante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Classificação de Risco**

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

**Clinica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

0408020407

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**COLISÃO MOTO X ANIMAL  
FRATURA EXPOSTA GRAVE DE PUNHO ESQUERDO  
FRATURA FECHADA DE PUNHO DIREITO  
FRATURA DA ESCAPULA DIREITA /td>**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

EXAME FÍSICO E RX

**Condições que Justificam a Internação:**

TTO CIRURGICO

**PARECER****Motivo de Impedimento do Regulador:**

---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:****Data de Solicitação:**

25.02.2019 - 10:30:22

Código Solicitação: 277248833

Número AIH: 241910016732-0

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MEMORIAL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

25.02.2019 - 10:30:22

Data de Autorização

25/02/2019 - 11:02:53

Data de Reserva

25.02.2019

Data de Internação

26.02.2019

Data Prevista de Alta

27.02.2019

Data de Alta

26/02/2019 - 17:15:56

Motivo da Alta

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2408252

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

03282959494PPC

Operador

63721392434CRISTIANA

Operador

33391521449FRANCISCA

Operador

33391521449FRANCISCA

**DADOS DO PACIENTE**

CNS:

709607614280477

Nome do Paciente

NILTON CESAR BENTO

Nome da Mãe

RITA FELIX DE PONTES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

04/03/1972 (47 anos)

Tipo Logradouro:

SÍTIO

Número:

Nome Social/Apelido:

---

Naturalidade:

TANGARA - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

---

Logradouro:

Complemento:

SETOR VARZEA DO MILHO

Bairro:

CEP:

RURAL

59240-000

Município de  
Residência:

UF:

TANGARA

RN

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

---

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

CPF do Médico Solicitante:

19561917807

CPF do Médico Executante:

19561917807

Diagnóstico Inicial - CID:

S528 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS  
OSSOS DO ANTEBRAÇO

Nome do Médico Solicitante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Status da Solicitação:

APROVADA

Nome do Médico Executante:

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

Classificação de Risco

Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020407

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

COLISÃO MOTO X ANIMAL

FRATURA EXPOSTA GRAVE DE PUNHO ESQUERDO

FRATURA FECHADA DE PUNHO DIREITO

FRATURA DA ESCAPULA DIREITA /td&gt;

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO E RX

Condições que Justificam a Internação:

TTO CIRURGICO

**PARECER**

Motivo de Impedimento do Regulador:

---

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

25.02.2019 - 10:30:22

321

DATA CIRURGIA:

DE/CSA

DR. [illegible]

Faintly: Telling OK!

Hence: 11:23

## REMARCADO PAR

ATB - 1 One

U.S. No. 2816-1-55

OBS:

• Protocolo IVA

# SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar  
Nº 2758 / 2019

0000: 277248833

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: \_\_\_\_\_

CNES: \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **112285 NILTON CESAR BENTO**

Prontuário: \_\_\_\_\_

CNS: 898002375214252

Nascimento: 04/03/1972 Sexo: Feminino

Cor: PARDA

Mãe: RITA FELIX DE PONTES

Pai: \_\_\_\_\_

Endereço: RUA WILSON EZEQUIEL MELBOLINO, 347

\* Fone: 996287477 / N° 00000000

Município: TANGARA

Código Municipal IBGE: 241400

UF: RN

CEP: 59240-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

## JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

COLISÃO MOTO X ANIMAL

FRATURA EXPOSTA GRAVE DE PUNHO ESQUERDO

FRATURA FECHADA DE PUNHO DIREITO

FRATURA DA ESCAPULA DIREITA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSIDADE DE CIRURGIA DE URGÊNCIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

## Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S02.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO\*408020407. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMID.

Profissional Solicitante / Assistente:

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

Dr. Judson W. Veríssimo de Azevedo  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião do Quadril e Pelve  
CRM-RN 9892 - TEGT 14418  
RQE 2975

CRM: 6892 / RN

Data da Solicitação 27/01/2019

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

( ) Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_

Série: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_

CBOR: \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho Trajeto

Vínculo com previdência: ( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo ( ) Desempregado ( ) Aposentado ( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

Nº Autorização da AIH: \_\_\_\_\_

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_

Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Documento: ( ) CNS ( ) CPF nº \_\_\_\_\_

Data da Autorização: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UGV

### ENCAMINHAMENTO

|                                     |                               |              |
|-------------------------------------|-------------------------------|--------------|
| PACIENTE: <u>Nilton César Bente</u> |                               | SENHA: _____ |
| DIAGNÓSTICO                         | <u>Doença Sistêmica</u>       |              |
| SETOR DE ORIGEM                     | <u>HUWGE</u>                  |              |
| AUDITOR AUTORIZADOR                 | _____                         |              |
| DESTINO                             | <u>Hospital de Referência</u> |              |
| DATA                                | <u>28.05.2019</u>             |              |

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL:

☐

ACEITA

☐

RECUSADA

MOTIVO

[Assinatura]  
Assinatura Responsável

Código Solicitação: 277248833

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

Unidade Solicitante:  
HOSPITAL MEMORIAL  
Unidade Executante:  
HOSPITAL MEMORIAL  
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro  
AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL  
Central Reguladora  
Data de Solicitação  
Data de Autorização  
Data de Reserva  
Data Prevista de Alta

NATAL  
25.02.2019 - 10:30:22  
25/02/2019 - 11:02:53  
25.02.2019  
26.02.2019

CNES:  
2408252  
CRES:  
2408252  
Município Executante  
NATAL

Operador 03282959494PC  
Operador 63721393434CRISTIANA

**DADOS DO PACIENTE**

CNS:  
709607514780477  
Nome do Paciente  
RILTON CESAR BENTO  
Nome da Mãe  
RITA FELIX DE PONTES  
Sexo:  
MASCULINO  
Data de Nascimento:  
04/03/1972 (46 ANOS)  
Tipo Logradouro:  
SÍTIO  
Número:

Nome Social/Apêlido:

Naturalidade:  
TANGARA - RN  
Raça:  
AMARELA  
Tipo Sanguíneo:

Logradouro:  
SETOR VARZEA DO  
MILHO  
Bairro:  
RURAL  
Município de  
Residência:  
TANGARA

Complemento:

CEP:  
59240-000  
UF:  
RN

País de Residência:

BRASIL  
Telefone(s):

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

CPF do Médico Solicitante:  
19581917807  
Diagnóstico Inicial - CID:  
S52B - FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO  
Caráter  
11 - Urgência

Clinica:  
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA  
Procedimento Solicitado:  
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS  
OSSOS DO ANTEBRAÇO

Nome do Médico Solicitante: Status da Solicitação:  
HELIO RUBENS POLIDO GARCIA APROVADA

Classificação de Risco:  
Nível 1 - Urgência, atendimento e mais risco possível  
Clínica Complementar:  
Nenhuma  
Código:  
0408070407

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:  
COLÁGIO FOTO X ANOMAL  
FRATURA EXPOSTA GRAVE DE PUNHO ESQUERDO  
FRATURA FECHADA DE PUNHO DIREITO  
FRATURA DA ESCAPULA DIREITA (ND)  
Principais Resultados de Provas Diagnósticas:  
EXAME FÍSICO E RX:  
Condições que Justificam a Internação:  
TTO CIRURGICO

**PARECER**

Motivo de Impedimento de Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data de Solicitação:  
25.02.2019 - 10:30:22

Data da Extração dos Dados: 26/02/2019 10:22:57

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

|     |   |   |   |   |   |   |      |                       |
|-----|---|---|---|---|---|---|------|-----------------------|
| Reg | 1 | 3 | 3 | 9 | 5 | 2 | NOME | Vittorio Cesare Berto |
|-----|---|---|---|---|---|---|------|-----------------------|

Cirurgia Realizada: Retirada de fixador externo + Retirada de fios intraósseos

|               |         |     |      |          |     |      |
|---------------|---------|-----|------|----------|-----|------|
| DATA: 26-7-19 | INICIO: | HS: | MIN: | TÉRMINO: | HS: | MIN: |
|---------------|---------|-----|------|----------|-----|------|

|        |                 |      |        |      |     |          |
|--------|-----------------|------|--------|------|-----|----------|
| EQUIPE | Dr Hélio Garcia | NOME | CIC/MF | 5500 | CRM | CIRURGIA |
|--------|-----------------|------|--------|------|-----|----------|

|            |         |
|------------|---------|
| 1 Auxiliar | Pequena |
| 2 Auxiliar | Média   |

|                  |  |                            |          |
|------------------|--|----------------------------|----------|
| 2. Auxiliar      |  | Dr. Francisco S. Melo      | Grande   |
| Anestesiologista |  | Anestesiologista SBA 15714 | Múltipla |

Instrumentador: ANTONIO CROCIER 4539 CPF: 565.145.404-54

Ato: 1. Reciente em DDJ test 1

4. Retirada de fixador externo do antebraço F 5. Retirada de fios intratósseos F 6. Limpeza

sutura + curativo + tala gessada

---

| COD | DESCRIÇÃO | UNID | QUANT | COD | DESCRIÇÃO | UNID | QUANT |
|-----|-----------|------|-------|-----|-----------|------|-------|
|-----|-----------|------|-------|-----|-----------|------|-------|

[illegible]

|        |                     |     |       |        |                      |     |        |                    |     |
|--------|---------------------|-----|-------|--------|----------------------|-----|--------|--------------------|-----|
| 090320 | Água Bicontada 10cm | AMP |       | 050320 | Vicini 4-0 (Vicena)  | ENV | 066164 | Malha Tubular 12cm | RDL |
| 090326 | Água Bicontada 10cm | AMP | 11/11 | 050377 | Vicini 5-0 (Incolor) | ENV | 060188 | Malha Tubular 15cm | RDL |
| 028998 | Água Bicontada 20cm | AMP |       | 056725 | Vicini 6-0           | ENV | 066164 | Malha Tubular 12cm | RDL |

|        |                  |     |        |            |     |        |                          |     |
|--------|------------------|-----|--------|------------|-----|--------|--------------------------|-----|
| 000087 | Clorafenicol 1g  | AMP | 050313 | Vicryl 0-0 | ENV | 062783 | Máscara Descartável      | UND |
| 000096 | Desodion 4mg 1ml | AMP |        | Vicryl 7-0 | ENV | 060930 | Posfix 2 vias            | UND |
| 000113 | Desodion 4mg 1ml | AMP |        |            |     | 064794 | Pratidione Documento 2ml | UND |

|        |                       |     |        |                      |    |    |
|--------|-----------------------|-----|--------|----------------------|----|----|
| 004273 | Glucose 25% 10ml Inj. | AMP | 004273 | Povidone Iodine / ml | ML | 20 |
| 004283 | Glucose 50% 10ml Inj. | AMP | 004787 | Povidone Tópico / ml | ML | 20 |
| 004473 | Hicoides 50%          | FRS | 005567 | Sabão Líquido        | ML |    |

|        |                     |     |  |  |  |        |                             |     |    |
|--------|---------------------|-----|--|--|--|--------|-----------------------------|-----|----|
| 005048 | Plavil Povidone Iod | IND |  |  |  | 060733 | Sapatilha Descartável       | UND | 12 |
| 016111 | Keflin Nauro 1g     | COM |  |  |  | 063223 | Seringa Desc. 01cc d'Agulha | UND |    |

|       |                         |     |  |  |        |                             |     |    |
|-------|-------------------------|-----|--|--|--------|-----------------------------|-----|----|
| 06667 | Novalgina 2ml inj       | AMP |  |  | 062443 | Seringa Desc. 03cc d'Agulha | UND |    |
| 07453 | Proclenid 100mg Inj     | AMP |  |  | 062475 | Seringa Desc. 05cc d'Agulha | UND | G/ |
| 06828 | Solutio Binoxidii acidi | AMP |  |  | 063206 | Seringa Desc. 10cc d'Agulha | UND | 8/ |

|                     |                        |     |        |                           |                              |     |    |
|---------------------|------------------------|-----|--------|---------------------------|------------------------------|-----|----|
| 08449               | Solução Ringer Simples | FRS |        | 063216                    | Seringa Desc. 20cc c/ Agulha | UNO | 84 |
| 28125               | Soro Fisiológico 100ml | FRS |        | 063120                    | Sonda Uretral 10             | UNO | 87 |
| <b>DESCARTÁVEIS</b> |                        |     |        |                           |                              |     |    |
|                     |                        |     | 061900 | Alhoscópio T. Base M.M.A. |                              |     |    |

|       |                          |     |        |                        |     |        |                  |     |
|-------|--------------------------|-----|--------|------------------------|-----|--------|------------------|-----|
| 06718 | Soro Fisicólogo 9% 500ml | FRS | 061900 | Abborcath-T Plus Nº 14 | UND | 063144 | Sonda Uretral 12 | UND |
| 06740 | Soro Glicosado 5% (F 500 | TE  | 061918 | Abborcath-T Plus Nº 16 | UND | 063151 | Sonda Uretral 14 | UND |
| 06906 | Soro Glicosado 5% (F 500 | TE  | 061925 | Abborcath-T Plus Nº 18 | UND | 063160 | Sonda Uretral 16 | UND |

|       |                    |     |        |                             |     |        |                  |     |
|-------|--------------------|-----|--------|-----------------------------|-----|--------|------------------|-----|
| 10026 | Xylocopa 2% c/v    | AMP | 061932 | Abocath-T Plus Nº 20        | UND | 063169 | Sonda Uretral 16 | UND |
| 10026 | Xylocopa Gelado 2% | BSG | 060962 | Agulha Descartável 13 x 4,5 | UND | 063183 | Sonda Uretral 18 | UND |
|       |                    |     |        |                             |     | 060650 | Sonda Uretral 20 | UND |

[illegible]

|        |                      |     |    |
|--------|----------------------|-----|----|
| 060582 | Atadura Crepon 10cm. | ROL | 04 |
| 060630 | Atadura Crepon 12cm. | ROL |    |

[illegible][illegible][illegible]

|              |                         |        |                          |                   |     |  |  |
|--------------|-------------------------|--------|--------------------------|-------------------|-----|--|--|
| FIQS         |                         | 060380 | Atadura Criopédica 20cm, | ROL               |     |  |  |
| 0037         | Algodão 0 (s/ Agulha)   | ENV    | 068648                   | Bandeja Percutiva | UND |  |  |
| 6685         | Algodão 2-0 (s/ Agulha) | ENV    |                          |                   |     |  |  |
| <b>TAVAS</b> |                         |        |                          |                   |     |  |  |

|      |                         |     |        |               |     |        |                 |
|------|-------------------------|-----|--------|---------------|-----|--------|-----------------|
| 0044 | Algodão 3-0 (s/ Aquina) | ENV | 069948 | Butterfly 11g | UND | 082407 | Aspirador Vácuo |
| 1162 | Cromado 1-0             | ENV | 060055 | Butterfly 11g | UND | 082407 | Aspirador Vácuo |

|      |             |     |        |               |     |        |                  |
|------|-------------|-----|--------|---------------|-----|--------|------------------|
| 0320 | Cromado 2-0 | ENV | 062135 | Butterfly 23g | UND | 090334 | Bomba de Infusão |
| 0323 | Cromado 4-0 | ENV | 062142 | Butterfly 25g | UND | 090331 | Capinógrafo      |

|     |                      |     |        |                      |     |        |                        |  |  |
|-----|----------------------|-----|--------|----------------------|-----|--------|------------------------|--|--|
| 599 | Monoclonal 0 PRETO   | ENV | 061205 | Camisola Descartável | UND | 090363 | Cranejoleiro           |  |  |
| 614 | Monoclonal 2.0 PRETO | ENV | 061244 | Compressa Cirúrgica  | UND | 090395 | Distribuidor           |  |  |
|     |                      | ENV |        |                      | UND | 090467 | Intensificador de Jato |  |  |

|     |                      |     |        |                   |     |        |                          |
|-----|----------------------|-----|--------|-------------------|-----|--------|--------------------------|
| 521 | Monoclonon 3.0 PRETO | ENV | 066949 | Enterofix 500ml   | UND | 090499 | Microscópio              |
| 139 | Monoclonon 4.0 PRETO | ENV | 062024 | Enterofix 10 x 45 | UND | 090711 | Oxigênio Sob Pressão 1/4 |

|     |                     |     |        |                       |     |        |               |   |
|-----|---------------------|-----|--------|-----------------------|-----|--------|---------------|---|
| 349 | Mononylon 5.0 PRETO | ENV | 062031 | Estar Sulfúrico 7 ml. | ML  | 093986 | Oxido Nitroso | 2 |
| 353 | Mononylon 5.0 PRETO | ENV | 062265 | Gase 91 x 91          | UNO | 093986 | Oxido Nitroso |   |

|                      |     |        |                   |     |        |                      |
|----------------------|-----|--------|-------------------|-----|--------|----------------------|
| Mononylon 8.0 PRETO  | ENV | 062830 | Gase Furcinada    | UND | 092708 | Respirador a Pressão |
| Mononylon 13-0 PRETO | ENV | 062364 | Gorte Descartável | UND | 090578 | Respirador a Volume  |
| Protene 2-0          | ENV |        |                   | UND | 091896 | Taxa de Monitor      |

|    |             |     |        |                     |     |    |                     |
|----|-------------|-----|--------|---------------------|-----|----|---------------------|
| 43 | Protona 4-0 | ENV | 062103 | Incrato Air R 2.4 M | UND |    | Taxa de Montagem    |
| 49 | Protona 5-0 | ENV | 061079 | Intrafix Padrido    | UND | 69 | Taxa de Selo Nº 121 |
|    |             | ENV | 062253 | Lâmina Riscur Nº 11 | UND |    | Taxa de Fibra Ótica |

|              |     |        |                      |     |                   |
|--------------|-----|--------|----------------------|-----|-------------------|
| Proteção 6-0 | ENV | 062260 | Lâmina Bisturi Nº 15 | UND | Vide Laparoscopia |
| Sêda 2-0     | ENV | 090149 | Lâmina Bisturi Nº 20 | UND | Reimplante        |
| Sêda 3-0     | ENV |        |                      |     |                   |

[illegible]

|                     |     |        |                          |     |    |
|---------------------|-----|--------|--------------------------|-----|----|
| Vitry 4-7 (Incolor) | ENV | 062410 | Linha Descartável Nº 8,0 | PAR | C1 |
|                     |     | 062411 | Maiha Tubular 10cm.      | ROL |    |

URGIAO: Dr. Hélio R. P. Garcia

Cirurgia da Mão-Ortopedia  
CRM 5500 - RN

CIRCULANTE: Antônio Carlos + Schelton

1/

# RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

Rebreve de fix

PRÉ-ANESTÉSICO:

Dormomid 5mg

DROGAS:

Fentanyl 0.2

TÉCNICA ANESTÉSICA:

Local + sedação

## DROGAS USADAS NA ANESTESIA

| CÓD.   | DESCRIÇÃO           | UNID. | QUANT. | CÓD.   | DESCRIÇÃO           | UNID. | QUANT. | CÓD. | DESCRIÇÃO    | UNID. | QUANT. |
|--------|---------------------|-------|--------|--------|---------------------|-------|--------|------|--------------|-------|--------|
|        |                     |       |        |        |                     |       |        |      | MEDICAMENTOS |       |        |
| 000150 | Adrenalina          | AMP   |        | 005818 | Narcam              | AMP   |        |      |              |       |        |
| 028956 | Agua Bloxiada       | AMP   |        | 007527 | Piasil 10mg         | AMP   |        |      |              |       |        |
| 000942 | Atropina 25         | AMP   |        | 007558 | Prostigmina         | AMP   |        |      |              |       |        |
| 002060 | Cloreto de Potássio | AMP   |        | 005292 | Ketalar             | AMP   |        |      |              |       |        |
| 001460 | Cloreto de Sódio    | AMP   |        | 003353 | Quelicim 100mg      | AMP   |        |      |              |       |        |
| 018620 | Dimorf 2mg          | AMP   |        | 000040 | Quelicim 500mg      | AMP   |        |      |              |       |        |
| 002115 | Diprivan            | AMP   |        | 003543 | Rapifen             | AMP   |        |      |              |       |        |
| 002953 | Octalina            | AMP   |        | 000974 | Sevorane            | ML    |        |      |              |       |        |
| 003060 | Dormomid 15mg       | AMP   |        | 009449 | Sol. Ringer Simples | FRS   | 0.2    |      |              |       |        |
| 017076 | Dormomid 5mg        | AMP   |        | 028125 | Sol. Fiscológica    | FRS   |        |      |              |       |        |
| 003071 | Eforil              | AMP   |        | 008740 | Sol. Glicosado      | FRS   |        |      |              |       |        |
| 003511 | Fentanyl 2ml        | AMP   |        | 008829 | Sol. Ringer Lactado | FRS   |        |      |              |       |        |
| 003780 | Forane              | ML    |        | 001002 | Thiopental          | FRS   |        |      |              |       |        |
| 017036 | Helotano            | ML    |        | 003013 | Tracrium            | AMP   |        |      |              |       |        |
| 004695 | Hypocidate          | AMP   |        | 009727 | Valium              | AMP   |        |      |              |       |        |
| 002487 | Inoval              | AMP   |        | 001475 | Xilocaina 1%        | AMP   |        |      |              |       |        |
| 010368 | Lanexal             | AMP   |        | 009895 | Xilocaina 2% s/A    | AMP   |        |      |              |       |        |
| 005887 | Marcaina 0.5 g/A    | AMP   |        | 010026 | Xilocaina 2% g/A    | AMP   |        |      |              |       |        |
| 005894 | Marcaina 0.5 s/A    | AMP   |        | 010333 | Xilocaina Pesada    | AMP   |        |      |              |       |        |
| 010595 | Marcaina Pesada     | AMP   |        |        |                     |       |        |      |              |       |        |

## Interocorrências

### DESCRIÇÃO

Oxímetro  
Cardioscópio  
Capnógrafo  
DESCRIÇÃO  
Oxigênio Líquido  
Protóxido Líquido

### QUANTIDADE

## ANOTAÇÕES

Dr. Francisco S. Melo

Anes. 15714

CRM 4539 CPF: 565.145.408-74

INÍCIO ANESTESIA:

INÍCIO CIRURGIA:

DATA:

26/02/19

FINAL CIRURGIA:

FINAL ANESTESIA:

ANESTESIOLOGISTA:

CRM:



Hospital Memorial  
São Francisco

## 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: **133952** IH: **1** Paciente: **NILTON CESAR BENTO**  
Nascimento: **04/03/1972** **47 anos** Internação: **26/02/2019 10:40:53** Leito: **SALA 001**

#### ANTES DO ATO CIRÚRGICO

26/02/2019 16:45:00 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE RETIRADA DE FIXADO EM MSE. N. HAS+AM+DM ACOMPANHADO DO MAQUEIRO. CONSCIENTE, ORIENTADO (A). RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD Nº 20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

Doença pré-existente: NÃO

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

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: NÃO Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 1

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Respons

Outros Exames:

#### SRPA

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: ORIENTADO

Oxigenoterapia: O<sup>2</sup>AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE ALTA HOSPITALAR SEM INTERCORRENCIA DE POI OPERATORIO DE ENCAMINHADO AO RAIO X ACOMPANHADO PELO MAQUEIRO E POR SEU FAMILIAR.

Assinatura Responsável

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

Data: 26/02/2019

**Dados do Paciente**

Registro: **133952** IH: **1**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Internação: **26/02/2019 10:40:53** Leito: **SALA 001**

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**

Tipo: LOCAL+SEDACAO

Anestesiologista: DR MELO

Tipo: RETIRADA DE FIXADOR

Cirurgião: DR HELIO

Instrumentador: ANTONIA

Circulante: ANTONIO CARLOS +ADELMAR

Tipo curativo: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguinea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: NÃO

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

CLIENTE ADMITIDO NA SALA DE CIRURGIA PARA RETIRADA DE FIXADOR.CIRURGIA SEM INTERCORRENCIA.CLIENTE ENCAMINHADO CRÔ CONSCIENTE E ORIENTADO ,SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

**FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

**CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

Pontencial de Contaminação: Limpa

ANTONIO CARLOS DA SILVA  
Técnico(a) COREN - 96686

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS  
PREFEITURA MUNICIPAL DO NATAL  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Hospital Memorial de Natal

Registro-Internamento: 133952 -1

Leito Nº: SALA 001

Médico CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS**

**LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:**

- |                                                             |                                                       |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input type="checkbox"/> Uso de Prótese, Ortese       |
| <input type="checkbox"/> Diária de U.T.I.                   | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Diária de Acompanhante             | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores          |
| <input type="checkbox"/> Vacina Anti RH                     | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral          |
| <input type="checkbox"/> Parecer CCIH                       |                                                       |
| <input type="checkbox"/>                                    | <input type="checkbox"/>                              |

**HOSPITAL**

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

**PACIENTE**

133952 -1 - NILTON CESAR BENTO

**PROCEDIMENTO ANTERIOR**

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**MÉDICO SOLICITANTE**

**CRM**

**CPF**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA 5500 195.619.178-07

**JUSTIFICATIVA**

**MODIFICO:**

040806036-0 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

0408060352 - RETIRADA DE FIO INTRAÓSSEO

**ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE**



**CRM**

5500

**DATA**

26/02/2019 16:37:13

**AUTORIZAÇÃO**

**AUDITOR**

**CRM**

**DATA**



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: NILTON CESAR BENTO

Convênio: SUS ESTADUAL

Unidade: CENTRO CIRURGICO

Leito: SALA 001

Admissão: 26/02/19 10:40

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

Reg.: 133952

Idade: 46 anos

Prontuário:

Peso: 78,0 kg Altura: 1,50m

1 dia(s) de internação

27/02/2019 07:00

5500

- 1) DIETA LIVRE, Ao dia
- 2) DIPIRONA 500mg/mL ampola  
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.  
DILUIR EM 8 ML DE ABD
- 3) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia
- 4) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
CRM - 5500

Hospital Memorial  
São Francisco

## Hospital Memorial de Natal

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

### FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 20/08/2019 09:44

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Núm. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04**

Nascimento: **04/03/1972**

**47** anos

Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Profissão: **PESCADOR DE ANZOL**

Fone: **84998024893**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

#### Dados do Internamento

Núm. Internamento: **11**

Entrada: **20/08/2019 9:39**

Previsão saída: **21/08/2019 11:00**

Atendente: **CLAUDIA F**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matricula/CNS: **709607614280477**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

**LEITO RESERVA 09**

#### Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

#### Termo de Responsabilidade

Declaro para fins de direito, que assumo plena responsabilidade na qualidade de devedor principal e/ou responsável 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 a acrescido de juros de mora e correção pelos índices oficiais, a partir da alta hospitalar, bem como as despesas de cobrança, se houver. A credora esta autorizada a emitir as respectivas duplicatas em caso de inadimplência valendo o presente documento para efeitos legais como Contrato de prestação de serviços.

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

- Diagnóstico;
- Planejamento e Terapêutico;
- Ensino e Pesquisa.

Assinatura: *[assinatura]* ] Paciente [ ] Responsável

*X Nilton Cesar Bento*

Observações

**SEM LAUDO DO SUS UMA PELICULA DE RX EXAMES LAB MEDICO CIENTE**

**HOSPITAL MEMORIAL  
SÃO FRANCISCO**

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Tirol

Cep: 59022-020 - Natal/RN

CONFERE COM ORIGINAL

EM, 10 / 09 / 20

Página 1 / 1

Hospital Memorial  
São Francisco

## 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: 20/08/2019 09:44

#### Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84998024893**

Profissão: **PESCADOR DE ANZOL**

Mãe: **RITA MELIX DE PONTES**

#### Dados do Internamento

Num. Internamento: **11**

Entrada: **20/08/2019 9:39** Previsão saída: **21/08/2019 11:00** Atendente: **CLAUDIAF**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

**LEITO RESERVA 09**

#### Termo de Responsabilidade

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

Data da Baixa: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnostico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Ap. Urinario e Ginecológico: \_\_\_\_\_

Impressão geral: \_\_\_\_\_

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



Hospital Memorial  
São Francisco

## Hospital Memorial de Natal

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

Data: 20/08/2019 09:44

### Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade: **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **8499802489**

Profissão: **PESCADOR DE ANZOL**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

### Dados do Internamento

Num. Internamento: **11**

Entrada: **20/08/2019 9:39** Previsão saída: **21/08/2019 11:00** Atendente: **CLAUDIA F**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**

CRM: **5500**

**LEITO RESERVA 09**

### Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

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

1. - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8276 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS
  2. - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
  3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.
- Razão por que o paciente não assinou o presente Termo de Ciência e Consentimento e Responsabilização:  
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [  ] Paciente [ ] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA : CRM 5500

Código Solicitação: 302142053

Número AIH: 241910073538-1

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Unidade Executante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro**

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

**Central Reguladora**

NATAL

**Data de Solicitação**

16.08.2019 - 13:53:48

**Data de Autorização**

16/08/2019 - 23:54:57

**Data de Reserva**

20.08.2019

**Data de Internação**

17.08.2019

**Data Prevista de Alta**

31.12.2046

**Data de Alta**

17/08/2019 - 18:07:15

**Motivo da Alta**

1.1 ALTA CURADO

**CNES:**

2408252

**CNES:**

2408252

**Município Executante**

NATAL

**Operador**

LUCIMAR

**Operador**

08978830714DUNLEY

**Operador**

18129862204LUCIMAR

**Operador**

18129862204LUCIMAR

**DADOS DO PACIENTE****CNS:**

709607614280477

**Nome do Paciente**

NILTON CESAR BENTO

**Nome da Mãe**

RITA FELIX DE PONTES

**Sexo:**

MASCULINO

**Data de Nascimento:**

04/03/1972 (47 anos)

**Tipo Logradouro:**

SÍTIO

**Número:****País de Residência:**

BRASIL

**Telefone(s):**

---

**Nome Social/Apelido:**

---

**Naturalidade:**

TANGARA - RN

**Raça:**

AMARELA

**Tipo Sanguíneo:**

---

**Logradouro:**

SETOR VARZEA DO MILHO

**Bairro:**

RURAL

**Município de Residência:**

TANGARA

**Complemento:****CEP:**

59240-000

**UF:**

RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:**

19561917807

**CPF do Médico Executante:**

19561917807

**Diagnóstico Inicial - CID:**

M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

**Caráter**

10 - Eletivo

**Clínica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

**Nome do Médico Solicitante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Nome do Médico Executante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**Classificação de Risco**

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

**Clínica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

0415020034

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

PACIENTE COM DEFICIT FUNCIONAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO /td&gt;

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

R X + E F

**Condições que Justificam a Internação:**

TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA VICIOSA CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO + OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS

**PARER****Motivo de Impedimento do Regulador:**

---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:****Data de Solicitação:**

16.08.2019 - 13:53:48

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o (a) paciente **Nilton Cesar Bento** ou seu responsável Sr.

(a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr. Hélio Rubens Polido Garcia, inscrito no CRM-5500 / RN para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada + Osteotomia de ossos longos + Enxerto ósseo", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

**DEFINIÇÃO:** a cirurgia tem o objetivo refazer o alinhamento dos ossos envolvidos nos planos sagital, coronal e rotacional, mantendo-os nesta posição através de fixação por hastes, placas, parafusos, fios ou pinos

### COMPLICAÇÕES:

- 1- Infecção, edema (inchaço), hematoma, deiscências (soltura de pontos)
2. Rejeição do metal
- 3- Necrose de pele e músculos
- 4- Síndrome compartimental pode acontecer antes e depois de ser operado. Este problema deve ser resolvido nas primeiras 6 – 8 horas, e caracteriza-se por dor intensa, cianose (roxidão) dos dedos e amortecimento. O médico deve ser informado imediatamente se isso acontecer.
- 5- A não consolidação da fratura, pseudo artrose, pode acontecer em qualquer caso. Normalmente é resultado da soma de vários problemas principalmente das características da fratura, grau denutrição do paciente, qualidade da vascularização do local afetado.
- 6- Necessidade de nova cirurgia.
- 7- Complicações da área doadora de enxerto ósseo, a depender da decisão médica intra-operatória para melhor local a ser retirado o enxerto, incluindo infecção, dor persistente, neuroma incisional (dor em choque)
- 8- Dormências e formigamentos (parestésias): na maioria das vezes é transitório e ocorre em aproximadamente metade dos casos.
- 9- A não recuperação total da função e perda total da função pós-cirúrgica
- 10- Necessidade de nova cirurgia ou cirurgias complementares para atingir objetivo final.
- 11- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
- 12- Ocorrência de lesões nervosas, como ruptura parcial, estiramento, ruptura total, devido ao acesso cirúrgico complexo e afastamento necessários para realizar a cirurgia.
- 13- Dor Complexa Regional (ocorre em 10% dos casos): quadro onde ocorre dores intensas, alterações tróficas de pele, osteopenia regional, sudorese profusa e atrofia muscular e de tecido celular subcutâneo. A grande maioria das vezes está relacionada com ansiedade, depressão ou alterações psicológicas do paciente.
14. Lesões nervosas e vasculares devido ao garroteamento do membro para operações com o membro exsanguinado. Estas lesões ocorrem eventualmente e são temporárias.
15. Lesões nervosas e vasculares, com perda funcional total de movimentos
16. O resultado final esperado para esta lesão varia de 6 a 12 meses, em média.
17. Necessidade de enxerto ósseo. Pode ocorrer reabsorção do enxerto

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Natal, 04 de junho de 2019

*Nilton Cesar Bento*

Ass. do(a) paciente

RG nº 1228189

Nome \_\_\_\_\_

Ass. do(a) resp. pelo(a) paciente

RG nº \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

*Hélio R P Garcia*

Ass. do(a) médico(a)

CRM: 5500

Nome: Hélio R P Garcia

### ORIENTAÇÃO DE PRÉ INTERNAÇÃO

- Nome do paciente: **NILTON CÉSAR BENTO**
- Médico responsável: **Dr. HELIO**
- Documentação obrigatória no momento da internação:

\*Identidade:

\*CPF:

\*Comprovante de residência (legível):

\*Cartão do SUS:

\*Todos os exames:

\*Autorização da secretaria de saúde da sua cidade ( lembrando que toda autorização só vale um mês, no dia da internação a autorização tem que estar dentro do prazo de validade).

- Data da internação:
- Alimentação até as:
- Respeitar o jejum de 08hrs. Durante o jejum não pode beber água.
- Faz uso de medicação controlada (antidepressivos, tranquilizantes, sedativos e anticonvulsivos): ( ) Sim: ( x) Não

\*em caso de uso de medicação controlada é necessário que no momento da internação apresente a medicação e a prescrição médica e o familiar permaneça ao aguardo do término do procedimento cirúrgico na recepção.

- Pessoa com deficiência: ( X ) Sim ( ) Não

\*Toda pessoa com deficiência tem direito a acompanhante.

#### Orientações gerais:

- \* Horário de visita das enfermarias: 15 h às 16 h, apenas dois visitantes por dia.
- \* Horário de visita dos apartamentos: livre das 08 h às 21 h, nunca exceder dois visitantes por vez dentro do apartamento.
- \* Horário de visita da UTI 1: às 11 h e 30 min e às 17 h e 30 min. 30 minutos de visita para cada turno. Apenas dois visitantes por turno.
- \* Horário de visita da UTI 2: às 12 h e às 17 h e 30min. 30 minutos de visita para cada turno. Apenas dois visitantes por turno.
- \* Trocas de acompanhante das enfermarias ocorre no horário das 06 h às 20 h não ultrapassando o limite de 03 trocas por dia.

- \* Só será permitido apenas 01 (um) acompanhante, devendo o mesmo respeitar as normas do Hospital Memorial, zelar pelas suas instalações, aceitar, respeitar e seguir as orientações repassadas
- \* Menores de 18 anos tem direito a acompanhante, conforme prevê o estatuto da criança e do adolescente. Devem estar acompanhados de seu responsável durante todo o período de internação.
- \* Maiores de 60 anos, tem direito a acompanhante, conforme prevê o estatuto do idoso. Devem estar acompanhados durante todo o período de internação.
- \* É liberado acompanhante para pacientes que estejam: politraumatizados (mais de um membro fraturado), cirurgia de crânio, coluna, fêmur, quadril, prótese de joelho, enxerto ósseo, pacientes que fazem uso de medicação controlada ( antidepressivos, tranquilizantes, sedativos e anticonvulsivos, desde que traga a medicação ou receita que comprove), deficiente físico, pacientes psiquiátricos.
- \* Só será permitida a entrada de crianças acima de 12 anos com documento de identidade e acompanhado do responsável para as visitas em apartamentos e enfermarias. Nas UTIs só será permitida a entrada de maiores de 18 anos.

Natal, 02 de JULHO de 2019.

\_\_\_\_\_  
Núcleo Interno de Regulação  
Hospital Memorial São Francisco.

  
Paciente ou responsável

**AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS**

Chave de Confirmação:

**93645****UNIDADE SOLICITANTE**

|                   |            |                  |                  |                   |
|-------------------|------------|------------------|------------------|-------------------|
| Nome:             | Cod. CNES: | Op. Solicitante: | Op. Autorizador: | Op. Videofonista: |
| HOSPITAL MEMORIAL | 2408252    | 01149328401VAL   | 01149328401VAL   |                   |

**UNIDADE EXECUTANTE**

|                            |                                    |              |         |
|----------------------------|------------------------------------|--------------|---------|
| Nome:                      | Cod. CNES:                         |              |         |
| HOSPITAL MEMORIAL          | 2408252                            |              |         |
| Endereço:                  | Número:                            | Complemento: | Bairro: |
| AV JUVENAL LAMARTINE       | 979                                | ---          | TIROL   |
| Telefone:                  | CEP:                               | Município:   |         |
| (84)3133 4209              | 59022-020                          | NATAL - RN   |         |
| Profissional Executante:   | Data e Horário de Atendimento:     |              |         |
| HELIO RUBENS POLIDO GARCIA | <b>QUI • 04/07/2019 • 07:25hrs</b> |              |         |

**DADOS DO PACIENTE**

|                      |                          |                        |              |
|----------------------|--------------------------|------------------------|--------------|
| CNS:                 | Nome:                    | Nome Social / Apelido: |              |
| 709607614280477      | NILTON CESAR BENTO       | ---                    |              |
| Nome da Mãe:         | Sexo:                    | Data Nascimento:       | Idade:       |
| RITA FELIX DE PONTES | MASCULINO                | 04/03/1972             | 47 anos      |
| Tipo Sanguíneo:      | Raça:                    |                        |              |
| ---                  | AMARELA                  |                        |              |
| Nacionalidade:       | Naturalidade:            |                        |              |
| BRASILEIRA           | TANGARA - RN             |                        |              |
| Tipo de Logradouro:  | Nome do Logradouro:      | Número:                | Complemento: |
| SÍTIO                | SETOR VARZEA DO MILHO    | ---                    | ---          |
| Bairro:              | Município de Residência: | CEP:                   |              |
| RURAL                | TANGARA - RN             | 59240-000              |              |
| Telefone(s):         |                          |                        |              |
| ---                  |                          |                        |              |

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

|                                              |                            |                    |                            |                 |
|----------------------------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|-----------------|
| Código da Solicitação:                       | Data de Solicitação:       | Data de Aprovação: | Vaga Solicitada:           | Vaga Consumida: |
| <b>295560875</b>                             | 03/07/2019                 | 03/07/2019         | 1ª Vez                     | 1ª Vez          |
| CPF Profissional Solicitante:                | Profissional Solicitante:  |                    |                            |                 |
| 195.619.178-07                               | HELIO RUBENS POLIDO GARCIA |                    |                            |                 |
| Diagnóstico Inicial:                         |                            | CID:               | Classificação de Risco:    |                 |
| SEGUIMENTO ORTOPEDICO NAO ESPECIFICADO       |                            | Z479               | AZUL - ATENDIMENTO ELETIVO |                 |
| Procedimentos Autorizados:                   |                            | Cod. Unificado:    | Cod. Interno:              |                 |
| CONSULTA EM ORTOPEDIA - GERAL - AGENDA LOCAL |                            | 0301010072         | 0710254                    |                 |

**AVISO DO MUNICÍPIO**

29/07/2009

COMPAREÇA COM ANTECEDENCIA DE 30 MINUTOS NO ESTABELECIMENTO DE SAUDE EXECUTANTE

Data da Extração dos Dados: 03/07/2019 09:53:07



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

# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDÔ 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<br><b>Nilton Cesar Bento</b>                      | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                          |                      |                             |          |
| 7 - CARTÃO NACIONAL / SUS<br><b>838002375214232</b>                    | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>04.03.72</b>     | 9 - SEXO<br><b>M</b> | MASCULINO                   | FEMININO |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><b>Julia Felicitas de Paula</b>     | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br><b>99802.4893</b> |                      |                             |          |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)<br><b>Rua General Crescencio Mergulino 342</b> |                                               |                      |                             |          |
| 13 - MUNICÍPIO<br><b>Aracaty</b>                                       | 14 - BAIRRO<br><b>Centro</b>                  | 15 - UF<br><b>RN</b> | 16 - CEP<br><b>59240000</b> |          |

## LAUDÔ TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                              |                              |                        |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><br>Paciente com déficit funcional por consolidação viciosa do antebraço E. Necessita cirurgia |                              |                        |                        |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><br>Necessidade cirúrgica                                                                      |                              |                        |                        |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><br>Exame físico + RX                                |                              |                        |                        |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br>Consolidação viciosa                                                                                             | 21 - CID 10 PRINCIPAL<br>M84 | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CAUSAS ASSOCIADAS |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                                                                                             |                                                                                             |                    |                            |                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>- Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada dos ossos longos<br>- Osteotomia de ossos longos<br>- Enxerto ósseo | 25 - COD. DO PROCEDIMENTO<br><b>0415020026</b><br>-0408060590<br>-0408060174<br>-0408040211 | 26 - LEITO/CLÍNICA | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><b>Dr. Hélio Rubens Polido Garcia</b>                       |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                             |                    |                            | 29 - DT. SOLICITAÇÃO                                                                                 |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                             |                    |                            | 30 - CNS / CPE<br>Dr. Hélio Rubens Polido Garcia<br>CRM 5500 - RN<br>Cirurgia da Mão e Microcirurgia |
| 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)                                                                                                                             |                                                                                             |                    |                            |                                                                                                      |

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

|                                 |                         |                                             |            |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|------------|
| 32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO   | 33 - CNPJ DA SEGURADORA | 34 - Nº DO BILHETE                          | 35 - BÔNUS |
| 36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO  | 37 - CNPJ               | 38 -                                        | 40 -       |
| 38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO |                         |                                             |            |
| 40 - ( ) CID. 10 PRINCIPAL      |                         | DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL      |            |
| 42 - ( ) CID. 10 SECUNDÁRIO     |                         | 43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA |            |

## AUTORIZAÇÃO

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

# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE   | 2 - CNES |
| 3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE | 4 - CNES |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                   |                                           |                              |                           |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><b>Nilton Cesar Bento</b> |                                           | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO         |                           |
| 7 - CATEGORIA NACIONAL / SUS                      | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>09/03/32</b> | 9 - SEXO<br><b>MASCULINO</b> | 10 - FEMININO<br><b>1</b> |
| 10 - NOME CAMARÁ OU RESPONSÁVEL                   |                                           | 11 - TELEFONE DE CONTATO     |                           |
| 12 - ENDEREÇO                                     |                                           | 13 - CEP                     |                           |

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                              |                              |                        |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><br>Paciente com déficit funcional por consolidação viciosa do antebraço E. Necessita cirurgia |                              |                        |                        |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><br>Necessidade cirúrgica                                                                      |                              |                        |                        |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><br>Exame físico + RX                                |                              |                        |                        |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br>Consolidação viciosa                                                                                             | 21 - CID 10 PRINCIPAL<br>M84 | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CAUSAS ASSOCIADAS |

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                                                                                                       |                                                                                         |                                             |                                             |                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>- Tratamento cirúrgico de fratura viciosa<br>- Correção de lesões ligamentares<br>- Tratamento de lesões ligamentares<br>- Enxerto ósseo | 25 - COD. DO PROCEDIMENTO<br>0415020026<br>- 0408060590<br>- 0408060174<br>- 0408040211 | 26 - LOCAL DO PROCEDIMENTO<br>LEITO/CLÍNICA | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                  | 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><b>Dr. Hélio Rubens Polido Garcia</b> |
| 30 - CNS / CPE<br>Dr. Hélio Rubens Polido Garcia<br>CRM 5559 - RN<br>Cirurgião de Mão e Microcirurgia                                                                                 |                                                                                         |                                             | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONS) |                                                                                |

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

|                                                      |                                        |                                     |                                          |
|------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------|
| 32 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO   | 33 - CNPJ DA SEGURADORA                | 34 - Nº DO BILHETE                  | 35 - BÔNUS                               |
| 36 - <input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO TÍPICO  | 37 - CNPJ                              | 38 -                                | 40 -                                     |
| 38 - <input type="checkbox"/> ACID. TRABALHO TRAJETO |                                        |                                     |                                          |
| 40 - <input type="checkbox"/> CID. 10 PRINCIPAL      | DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL |                                     |                                          |
| 42 - <input type="checkbox"/> CID. 10 SECUNDÁRIO     | 43 - <input type="checkbox"/>          | 44 - <input type="checkbox"/> GRAVE | 45 - <input type="checkbox"/> GRAVÍSSIMA |

### AUTORIZAÇÃO

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

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: NILTON CESAR BENTO

Data do Procedimento: 20.08.19

Registro: 133952

IH: 11

Diagnóstico pré-operatório: M84 TRANSTORNOS DA CONTINUIDADE DO OSSO

Código do procedimento

2408020423

0408060174

2428040157

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS

OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE

OSTECTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

CRM

5500

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: berenise

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Infectado

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Sim - SECREÇÃO DO ANTEBRAÇO

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Paciente em DDH sob bloqueio M Sup E
2. Assepsia e antisepsia
3. Via de acesso dorsal do antebraço E + divisão roma
4. Tratamento cirúrgico da fratura do antebraço E
5. Osteotomia dos ossos longos
6. Enxerto ósseo
7. RX intra-op
8. Suturas e curativos curativos e fixação gessada

CRM 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
20/08/2019 18:22:16

CRM 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

20/08/2019 18:22:16

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

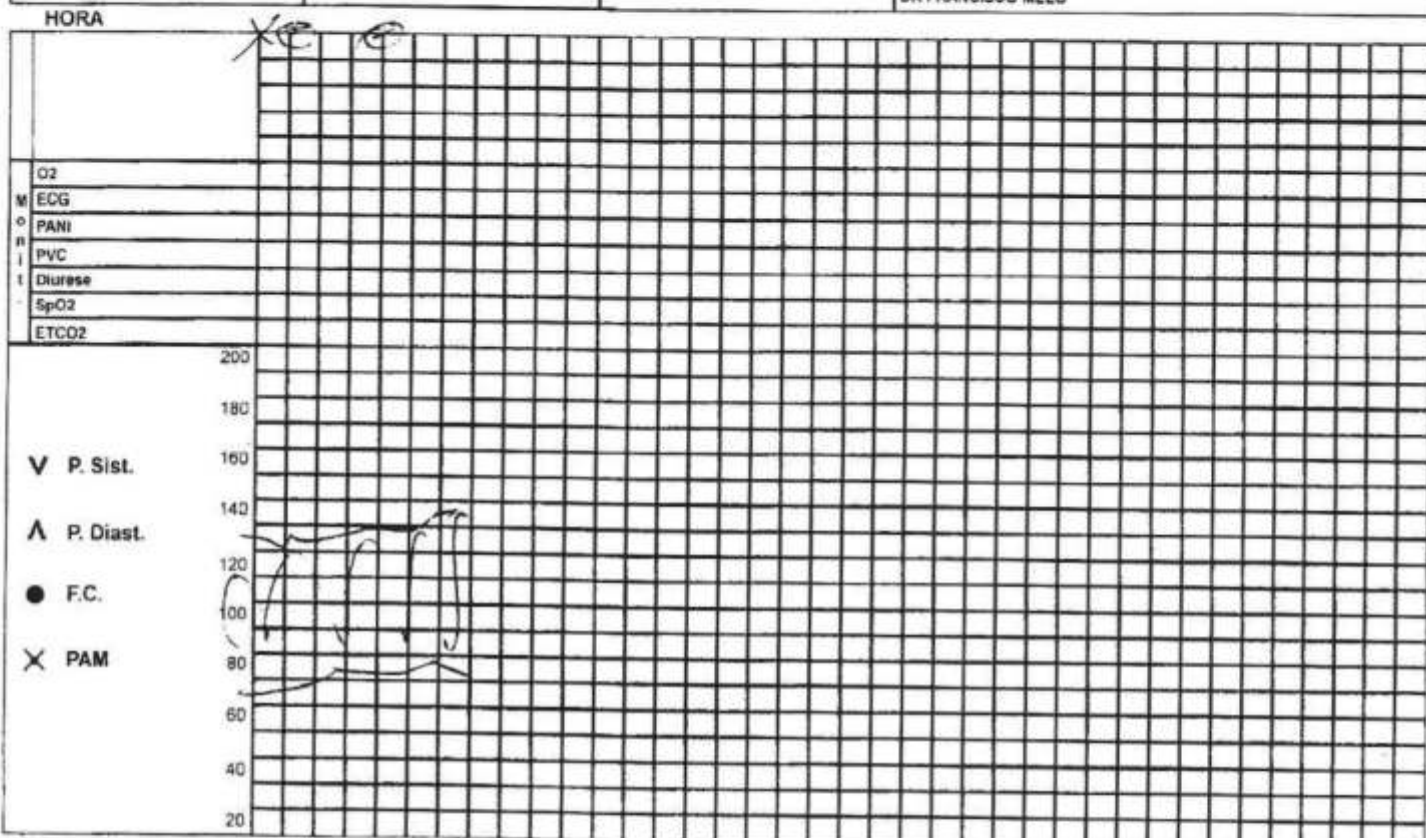
Dados do Paciente

Paciente: NILTON CESAR BENTO

NILTON CESAR BENTO 133952

IH: 11

|                                                                                               |             |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------|
| Cirurgia Realizada<br>OSTEOTOMIA DE ANTEBRAÇO-FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DE ATB-ENXERTO |             | Data<br>20/08/2019 |
| Cirurgião<br>DR HÉLIO RUBENS                                                                  | 1º Auxiliar | 2º Auxiliar        |
| Anestesiologistas<br>DR FRANCISCO MELO                                                        |             |                    |



Exames Laboratoriais

|              |       |       |
|--------------|-------|-------|
| pH           |       |       |
| PaCO2        |       |       |
| HCO3         |       |       |
| CO           |       |       |
| EB2          |       |       |
| PaO2         |       |       |
| SHbO2        |       |       |
| Hb           |       |       |
| Hc           |       |       |
| Na           |       |       |
| K            |       |       |
| Ca           |       |       |
| Glucose      |       |       |
| DROGAS       |       |       |
| FENTANIL     | 500MG | 03ML  |
| MIDAZOLAN    | 15MG  | 01ML  |
| NEOCAINA     | 0,5%  |       |
| DIMORF       | 0,2MG |       |
| SUFENTANIL   | 10MG  |       |
| ROCURONIO    | 50MG  |       |
| ATRACURIO    | 25MG  |       |
| PROPOVAN     | 1%    |       |
| EFEDRINA     | 50MG  |       |
| ARAMIN       | 10MG  |       |
| CEFAZOLINA   | 1G    | 2     |
| DIPIRONA     | 1G    | 2     |
| DIRAMIN      | 3MG   | 1     |
| DEXAMETASONA | 10MG  | 1     |
| RANITIDINA   | 50MG  | 1     |
| ONDASETRONA  | 8MG   |       |
| NEOCAINA     | 0,5%  |       |
| ISOBARICA    | 0,5X  |       |
| CETOPROFENO  | 100mg |       |
| ROPIVACAINA  | 1,0   | 1 FR  |
| XILOCAINA 2  | 2,0   | 1 FR  |
| SF0,5%       | 500   | 03FRS |

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL POR VIA INTERESCALÊNICA COM SEDACÃO

BLOQUEIO: PLEXO BRAQUIAL

TIPO: INTERESCALÊNICO

LOCAL DA PUNÇÃO: INTERESCALÊNICO

LATÊNCIA: 20 MIN

NÍVEL ANESTESIA:

AGULHA: 25/7

LIQUOR:

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSIÇÃO: Antes:

Depois:

APARELHO:

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: NASAL

TRAUMÁTICA: NÃO

SONDA:

N°

V.T.:

F.R.:

CUFF:

V.M.:

P.T.:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDIÇÃO FINAL: BOA

REFLEXOS: SIM

CONSCIÊNCIA: SIM

BALANÇO

OXIGÊNIO UM LITRO POR MIN / JELCO 20

OBSERVAÇÕES

MONITORIZAÇÃO: OXÍMETRO, CARDIOSCÓPIO, PNI E CATETER NASAL

Dr. Francisco da Silva Melo  
Anestesiologista SBA 15714  
CRM: 4539 - CPF: 365.148.404-34

DURAÇÃO: 30MIN

INÍCIO: 17:00

FINAL: 17:30



Paciente: Nilton Cesar Bento

Nº Reg.: 33450

Cirurgião: Dr. Helio

Date: 20-08-19

Procedimento: Trat. cirurgico de lat. Antebraço E

Leito: R. 09.

CAIXA: LAP CC  
QUANTIDADE: 09  
DATA: 19/08/19  
MEDICO: H.M. SAO FRANCISCO  
LOT/AUT: 57

Resp.Preparo: ANDREA  
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kaline  
processo Esterilização à Vapor saturado

## MEMORIAL

CAIXA: PEQ FRAG AZUL  
QUANTIDADE: INSTR+IMPLA  
DATA: 16/08/19      Validade: 12/02/20

MEDICO:  
LOT/AUT: 46  
Resp.Preparo: ELKE  
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kaline  
Processo Esterilização à Vapor saturado

## MEMORIAL

CAIXA: MAO  
QUANTIDADE: 29  
DATA: 12/08/19

MEDICO: HM SAO FRANCISCO  
LOT/AUT: 36  
Resp.Preparo: IVANY  
Resp.Téc.: Enª Andresa Kaline  
Processo Esterilização à Vapor saturado

## MEMORIAL

CAIXA: ORTOPEDICA AZUL  
QUANTIDADE: 12  
DATA: 13/08/19 Validade: 09/02/20

MEDICO: HM SAO FRANCISCO  
LOT/AUT: 38  
Resp.Preparo: ANDERSON  
Resp.Téc.: Enfª Andresa Kaline  
Processo Esterilização à Vapor saturado

## MEMORIAL

CAIXA: GRANDES FRAG.VERDE  
QUANTIDADE: INST+IMPLANT  
DATA: 20/08/19 Validade: 16/02/20

MEDICO: H.M. SÃO FRANCISCO  
LOT/AUT: 59  
Resp.Preparo: KEILIANA  
Resp.Téc.: Enfª Andressa Kaline  
Processo Esterilização à Vapor saturado

## MEMORIAL

Enfermeiro(a) e/ou Téc. Enf.

+ alebrur + (Antomia e Beremioz-pt)

Carimbo e Assinatura

|                        |                      |                               |                            |  |
|------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------------|--|
| PLAC. MULT. FR<br>AG.  | 4446                 | 0215H14                       | 02 UND                     |  |
|                        |                      |                               |                            |  |
| PAR. CORT.<br>3,5N° 36 | 3091<br>3091         | 1276I16<br>1275I16            | 02 UND<br>01 UND           |  |
| PAR. CORT.<br>3,5N° 38 | 3092<br>3092         | 0873F14<br>R34732             | 02 UND<br>01 UND           |  |
| PAR. CORT.<br>3,N° 40  | 1670.40              | 19C001161                     | 03 UND                     |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 10 | 3180<br>3180         | R 35013<br>P19765             | 02 UND<br>01 UND           |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 12 | 3181<br>3181         | R 32050<br>S 12114            | 02 UND<br>01 UND           |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 14 | 3182<br>3182         | R33021<br>R33072<br>S 19614   | 01 UND<br>01 UND<br>01 UND |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 16 | 3183<br>3183         | 4004E16<br>Q217C14            | 02 UND<br>01 UND           |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 18 | 3184<br>3184         | 18E001504<br>18E001502        | 04 UND<br>02 UND           |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 20 | 3185<br>3185         | 3702A17<br>Q234C14<br>S050K14 | 01 UND<br>03 UND<br>02 UND |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 22 | 3186<br>3186<br>3186 | S 30358<br>P 27008<br>S17281  | 04 UND<br>01 UND<br>01 UND |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 24 | 3187<br>3187         | S 35186<br>4660C16            | 02 UND<br>04 UND           |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 26 | 3188<br>3188<br>3188 | O 25203<br>R 21032<br>S 00473 | 01 UND<br>03 UND<br>02 UND |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 28 | 3189<br>3189<br>3189 | 1318K14<br>031340<br>1318K14  | 01 UND<br>01 UND<br>01 UND |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 30 | 3190<br>3190         | 5481I15                       | 03 UND                     |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 35 | 3191                 | 4418816                       | 03 UND                     |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 40 | 3192<br>1660.40      | T05173<br>004317024           | 01 UND<br>02 UND           |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>N° 45 | 3193                 | 5539G15                       | 03 UND                     |  |
| PAR. ESP. 4.0<br>V° 50 | 3194                 | 18K002056                     | 03 UND                     |  |

HOSPITAL: *misericórdia*

PACIENTE: *Walter de Jesus Santos*

N° PRONT.: *133552*

DATA DA CIRURGIA: *20/08/19* CONVÊNIO:

CIRURGIÃO: *Dr. Paulo*

*Tatiana Paula - 20/08/19*

CAIXA CONFERIDA POR:

DATA:

HORA:

# CAIXA DE PEQUENOS FRAG. AZUL

| TEM                   | QTD.                               | QTD.                   | QTD.             | QTD. |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------|------------------|------|
| PLACA DCP 04<br>FUROS | 4420/03<br>4420/03                 | 0320F14<br>0865D16     | 01 UND<br>01 UND |      |
| PLACA DCP 05<br>FUROS | 4420/04                            | 2528F14                | 02 UND           |      |
| PLACA DCP 06<br>FUROS | 1107-15-0000006<br>4420/05         | 38014<br>4516B18       | 01 UND<br>01 UND |      |
| PLACA DCP 07<br>FUROS | 4420/06                            | 19D004938              | 02 UND           |      |
| PLACA DCP 08<br>FUROS | 4420/07                            | 19A003021              | 02 UND           |      |
| PLACA DCP 10<br>FUROS | 4420/08<br>1107-15-0000010         | 3906L13<br>37893       | 01 UND<br>01 UND |      |
| PLACA DCP 12<br>FUROS | 1107-15-0000012                    | 37861                  | 02 UND           | 01   |
| PLACA 1/3 04<br>FUROS | 4430/03                            | 512132<br>Q25314       | 01 UND<br>01 UND |      |
| PLACA 1/3 05<br>FUROS | 4430/04                            | 4566B18                | 02 UND           |      |
| PLACA 1/3 06<br>FUROS | 1107-16-0000006                    | 36987<br>18E000059     | 01 UND<br>01 UND |      |
| PLACA 1/3 07<br>FUROS | 4430/06                            | 18E001898              | 02 UND           |      |
| PLACA 1/3 08<br>FUROS | 1107-16-0000008<br>4430/07         | 37877<br>4529#17       | 01 UND<br>01 UND |      |
| PLACA T 3X3<br>FUROS  | 4442                               | 18L002655              | 02 UND           |      |
| PLACA T 3X4           | 1108-67-0300004<br>1108-67-0300004 | 37605<br>37625         | 01 UND<br>01 UND |      |
| PLACA T 3X5<br>FUROS  | 4443                               | 3069A15<br>2914J15     | 01 UND<br>01 UND |      |
| PLACA T 4X4<br>FUROS  | 4438                               | 19A002564<br>19D004932 | 01 UND<br>01 UND |      |
| PLACA T 4X6 F         | 4439                               | 2972J15                | 02 UND           |      |

| QTD.                           | QTD.                                            | QTD.                                                  | QTD.                                           | QTD. |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------|
| PAR. CORT. 3,5 N° 10           | 3078<br>3078<br>3078<br>3078                    | R34902<br>T 11096<br>R26353<br>R19544                 | 01 UND<br>01 UND<br>02 UND<br>02 UND           |      |
| PAR. CORT. 3,5N° 12            | 3079<br>3079<br>3079<br>3079<br>1117-56-3500012 | T01695<br>S 01696<br>3779F15<br>S16285<br>ONIX        | 01 UND<br>01 UND<br>01 UND<br>01 UND<br>02 UND |      |
| PAR. CORT. 3,5N° 14            | 1117-56-3500014                                 | ONIX<br>18K001540                                     | 03 UND<br>03 UND                               | 02   |
| PAR. CORT. 3,5 N° 16           | 1117-56-3500016                                 | 9595 Y                                                | 06 UND                                         |      |
| PAR. CORT. 3,5N° 18            | 1117-563500018<br>3082                          | ONIX<br>18F000646                                     | 04 UND<br>05 UND                               | 03   |
| PAR. CORT. 3,5N° 20            | 3083<br>3083<br>3083<br>1117-56-3500018         | 5666I15<br>4309I16<br>3759F15<br>ONIX                 | 01 UND<br>01 UND<br>01 UND<br>06 UND           | 02   |
| PAR. CORT. 3,5N° 22            | 3084<br>3084<br>3084<br>3084<br>3084            | 3765E16<br>4867I16<br>3767E16<br>3026A16<br>18F000715 | 01 UND<br>01 UND<br>01 UND<br>02 UND<br>04 UND |      |
| PAR. CORT. 3,5N° 24            | 3085<br>3085<br>3085<br>3085<br>1117-56-000024  | 0809F14<br>0806F14<br>0804F14<br>P 19468<br>ONIX      | 03 UND<br>01 UND<br>02 UND<br>01 UND<br>02 UND | 01   |
| PAR. CORT. 3,5N° 26            | 3086<br>3086<br>3086<br>3086<br>3086<br>3086    | Q33605<br>S35064<br>S 25616<br>S35064<br>0818F14      | 01 UND<br>02 UND<br>03 UND<br>02 UND<br>01 UND |      |
| PAR. CORT. 3,5 N° 28           | 3087<br>3087<br>3087                            | P21376<br>T09240<br>3061I14<br>ONIX                   | 03 UND<br>01 UND<br>03 UND<br>02 UND           |      |
| PAR. CORT. 3,5 N° 30           | 3088<br>3088<br>3088                            | P30859<br>S01461<br>O 20024<br>1173b16<br>018718      | 01 UND<br>01 UND<br>01 UND<br>02 UND<br>01 UND |      |
| PAR. CORT. 3,5N° 32            | 3089<br>3089<br>3089                            | S02279<br>R 20957<br>4087I16                          | 01 UND<br>01 UND<br>04 UND                     |      |
| PAR. CORT. 3,5N° 34            | 3090                                            | R17366<br>P08405                                      | 02 UND<br>01 UND                               |      |
| ARRUELAS DE PEQ.<br>FRAGMENTOS | 1112-65-3500000                                 |                                                       | 02 UND                                         |      |

**BOLETIM DE SALA**

**Dados do paciente**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Convênio: SUS ESTADUAL

Local : SALA 003

Registro: **133952**

Nº: 119.224993

Início: 20/08/2019 17:00 Fim: 20/08/2019 17:30

Cirurgia: **OSTEOTOMIA DA PELVE**

Cirurgia Principal

**OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE**

**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSC**

**Equipe:**

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA  
Anestesista: FRANCISCO DA SILVA MELO  
Instrumentador: NAYARA SOARES DE OLIVEIRA  
Circulante: EDELMAR MARTINS DA SILVA

| CRM    | Especialidade        | CPF         |
|--------|----------------------|-------------|
| 5500   | ORTOPEDIA TRAUMATOLO | 19561917807 |
| 4539   | ANESTESIOLOGIA       | 56514840434 |
| 706919 | TECNICO ENFERMAGEM   | 08933825401 |
| 980343 | TECNICO ENFERMAGEM   | 05609276497 |

**MATERIAL**

| Código | Descrição                                 | QTD | UND |
|--------|-------------------------------------------|-----|-----|
| 60392  | AGULHA DESCARTAVEL 25X7                   | 1   | UND |
| 206953 | AGULHA DESCARTAVEL 25X8                   | 1   | UND |
| 60418  | AGULHA DESCARTAVEL 40X12                  | 1   | UND |
| 60020  | ATADURA ALG ORTOP 10CMX1.8M               | 4   | UND |
| 61670  | ATADURA ALG ORTOP 15CMX1.8M               | 3   | UND |
| 84920  | ATADURA DE CREPOM 10CMX1.8M               | 4   | UND |
| 60590  | ATADURA DE CREPOM 15CMX1.8M               | 4   | UND |
| 64991  | ATADURA GESSADA NEVE 10CMX3M              | 2   | UND |
| 65227  | CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL          | 7   | UND |
| 61473  | CATETER PIOXIGENIO TIPO OCULOS            | 1   | UND |
| 61989  | ELETRODO DESCARTAVEL                      | 5   | UND |
| 60131  | EQUIPO MACROGOTAS C/INJ.FLEXIVEL          | 1   | UND |
| 65037  | ESPARADRAPO 10CM X 4,5                    | 80  | CM  |
| 62278  | GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL          | 7   | PCT |
| 62364  | GORRO DESCARTAVEL                         | 2   | UND |
| 61932  | JELCO 20 G                                | 1   | UND |
| 62260  | LAMINA DE BISTURI N.15                    | 1   | UND |
| 62000  | LUVA CIR DESC EST 6.5                     | 1   | PAR |
| 62640  | LUVA CIR DESC EST 7.5                     | 1   | PAR |
| 62429  | LUVA CIR DESC EST 8.0                     | 1   | PAR |
| 62783  | MASCARA DESC C/ ELASTICO                  | 2   | UND |
| 65306  | MASCARA DESC C/ TIRAS                     | 2   | UND |
| 62887  | MICROPORE 2,5CM X 10 METROS               | 50  | CM  |
| 61172  | MICROPORE 5,0CM X 10 METROS               | 50  | CM  |
| 50614  | MONONYLON PRETO 2-0 C/AG 3C               | 1   | UND |
| 50621  | MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM              | 2   | UND |
| 102587 | PARAFUSO CORTICAL 4,5MM                   | 8   | UND |
| 57293  | PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 3,5 MM (INC) | 1   |     |
| 60733  | SAPATILHA DESCARTAVEL                     | 12  | UND |
| 63206  | SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA       | 1   | UND |
| 63216  | SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA       | 2   | UND |
| 62475  | SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA        | 1   | UND |
| 207308 | TRANSOFIX                                 | 1   | UND |

**MEDICAMENTOS**

| Código | Descrição                             | QTD | UND |
|--------|---------------------------------------|-----|-----|
| 326    | AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA         | 5   | AMP |
| 8146   | CEFAZOLINA 600MG 1G FRASCO AMPOLA     | 2   | UND |
| 12764  | CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%            | 220 | MM  |
| 11689  | DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMPOLA      | 1   | AMP |
| 6943   | DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN)    | 1   | AMP |
| 11067  | DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA              | 1   | AMP |
| 6294   | FENTANIL, CITRATO 10ML FRASCO AMPOLA  | 3   | ML  |
| 9995   | LIDOCAINA 2% C/V 20ML INJ (XYLOCAINA) | 1   | ML  |
| 11304  | RANITIDINA 50MG (25MG/ML) AMPOLA      | 1   | UND |
| 7866   | ROPIVACAINE 10MG/ML- 20ML (NAROPIN)   | 1   | UND |
| 8718   | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML           | 3   | UND |

**TAXAS**

| Código | Descrição                                 |
|--------|-------------------------------------------|
| 90711  | TAXA OXIGENIO SOB PRESSAO 1/4             |
| 90553  | TAXA OXIMETRO                             |
| 91856  | TAXA MONITOR DE PRESSAO                   |
| 91752  | TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO 5 |
| 92328  | TAXA RECUP POS-ANEST PORTE-00             |

## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

## Dados do Paciente

Registro: 133952 IH: 11 Paciente: NILTON CESAR BENTO

Data: 04/03/1972 47 anos Internação: 20/08/2019 09:39.52 Leito: LEITO RESERVA 09

## ANTES DO ATO CIRURGICO

20/08/2019 17:00:00 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

## Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ANTEBRAÇO EM MSE. NEGA HAS+AM+DM ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI FUNCIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD Nº 20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

Doença pré-existente: NÃOReserva sanguínea: NÃOPrótese: NÃOJóias: NÃOMembro e lado da cirurgia: MSEExame Laboratorial: SIMRisco Cirúrgico: NÃORaio X: PRÉ SIM-QTD: 1Medicamentos, tópicos, esparadrapo: NÃO

Assinatura Responsável

Sara

## SRPA

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Nível consciência: ORIENTADOOxigenoterapia: O2AMBIENTECateter venoso: SIMDiurese: SIMAcianótico: NÃOPálido: NÃOSudorese: NAOTremores: NAOTensão: NÃORaio X de Controle: SIM-QTD: 2

## Medicação administradas

## Anestesiamento

CLIENTE DE POI DE FRATURA DE ANTEBRAÇO, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE CONTINUA, COM RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM.

Assinatura Responsável

Sara

## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 20/08/2019

## Dados do Paciente

Registro: 133952 IH: 11

Paciente: NILTON CESAR BENTO

Nascimento: 04/03/1972 47 anos Internação: 20/08/2019 09:39:52 Leito: LEITO RESERVA 09

## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

## DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Anestesia: BLOQUEIO E PLEXO + SEDACAO

Anestesiologista: DR. MELO

Procedimento: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE

Cirurgião: DR. HELIO

Assistente: ANTONIA E BERENISE

Circulante: NAYARA E EDELMAR

Tipo de ferimento: OCLUSIVO

Material para biópsia/cultura: NAO

Trombolítico: NAO

Monitorização cardíaca: SIM

Placa de proteção: SIM

Antibiótico profilático: CEFAZOLINA G2

Medicação administrada:

## Anonima / Observações

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O<sup>2</sup> AMBIENTE, DEAMBULANDO, EM JEJUM PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ANTEBRACO E, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, FUNCIONANDO EM MSD COM JELCO N° 20 VIAB SF 0,9%. PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM 2° AMBIENTE, FERIDA OPERATORIA E OCLUIDA, SEM MAS ALERACOES SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE E PLANTAO

TEMPO DE CIRURGIA: 40MIN. DE INCISAO A SUTURA

## FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

## CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Intencional de Contaminação: Limpa

Assinatura do Cirurgião

NAYARA SOARES DE OLIVEIRA

Técnica: CONTINUA

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**  
Convênio: **SUS ESTADUAL**  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 304A**  
Admissão: **20/08/19 09:39**  
Diag.: **M84 - Transtornos da continuidade do osso**

Reg.: **133952**

Idade: **47 anos**  
Prontuário:  
Peso: **78,0 kg** Altura: **1,7**

**1 dia(s) de internação**

**21/08/2019 07:00**

|                                                                                                                           | Horários de Aplicação  | 5500 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|
| 1) DIETA LIVRE, Ao dia                                                                                                    | D1                     |      |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL<br>Uso: 1 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.                                          | D1                     |      |
| 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola<br>Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.<br>DILUIR EM 10 ML DE ABD. | D1 06:00, 14:00        |      |
| 4) DAPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>DILUIR EM 8 ML DE ABD                    | D1 06:00, 16:00        |      |
| 5) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.                                      | D1 00:00, 08:00, 16:00 |      |
| 6) DIMENIDRINATO B6 DL 10mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 12 em 12 horas.                                      | D1 22:00, 10:00        |      |
| 7) DICLOFENACO SODICO 50mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.                                     | D1 22:00, 06:00, 14:00 |      |
| 8) RANITIDINA 150mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.                                            | D1 06:00, 18:00        |      |
| 9) OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL, Ao dia                                                                                       | D1                     |      |
| 10) ALTA HOSPITALAR, 02 em 02 horas                                                                                       | D0                     |      |



**Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**  
CRM - 5500

| CURATIVOS <small>GTM/TQT<br/>AVC/FO/UPP/LESÕES TRAUM.</small> |          |                             |          | M                           | T | N                 | SONDAS                 |          |          |          | M | T | N                     | MEDICAÇÕES |          |          |  | M | T                                   | N |
|---------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------|----------|-----------------------------|---|-------------------|------------------------|----------|----------|----------|---|---|-----------------------|------------|----------|----------|--|---|-------------------------------------|---|
| LUVA ESTÉRIL (PAR)                                            |          |                             |          |                             |   |                   | LUVA ESTÉRIL(par)      |          |          |          |   |   | LUVA DE PROC(PAR)     |            |          |          |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| LUVA DE PROC(PAR)                                             |          |                             |          |                             |   |                   | LUVA PROC.(PAR)        |          |          |          |   |   | SERINGA 1CC           |            |          |          |  |   |                                     |   |
| GAZE (PCT C/ 10)                                              |          |                             |          |                             |   |                   | GAZE (PCT C/10)        |          |          |          |   |   | SERINGA 5cc           |            |          |          |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| MÁSCARA                                                       |          |                             |          |                             |   |                   | SONDA ____ Nº ____     |          |          |          |   |   | SERINGA 10cc          |            |          |          |  |   | <input type="checkbox"/>            |   |
| COMPRESSA (UN)                                                |          |                             |          |                             |   |                   | SONDA ____ Nº ____     |          |          |          |   |   | SERINGA 20cc          |            |          |          |  |   |                                     |   |
| ATAD. CREPOM                                                  |          |                             |          |                             |   |                   | LIDOCAÍNA GEL          |          |          |          |   |   | AGULHA 40X12          |            |          |          |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| SERINGA TAM. ____                                             |          |                             |          |                             |   |                   | SERINGA 20CC           |          |          |          |   |   | AGULHA 25X7           |            |          |          |  |   |                                     |   |
| SF. 0,9% 100 ml                                               |          |                             |          |                             |   |                   | ABD(10ML)              |          |          |          |   |   | ABD 10 ML             |            |          |          |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| SF. 0,9% 10 ml                                                |          |                             |          |                             |   |                   | COLETOR FECHADO        |          |          |          |   |   | SF 0,9% <i>cc</i>     |            |          |          |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| CLOREX. AQUOSA(ML)                                            |          |                             |          |                             |   |                   | COLETOR ABERTO         |          |          |          |   |   | SF 0,9%               |            |          |          |  |   |                                     |   |
| CLOREX. ALCOOLICA                                             |          |                             |          |                             |   |                   | AGULHA                 |          |          |          |   |   | SF 0,9% <i>cc</i>     |            |          |          |  |   | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| MICROPORE (CM)                                                |          |                             |          |                             |   |                   | CLOREX DEGERM.         |          |          |          |   |   |                       |            |          |          |  |   |                                     |   |
| ESPARADRAPO(CM)                                               |          |                             |          |                             |   |                   | CLOREX AQUOSA          |          |          |          |   |   | <b>DISP. URINÁRIO</b> | <b>M</b>   | <b>T</b> | <b>N</b> |  |   |                                     |   |
| LÂMINA Nº ____                                                |          |                             |          |                             |   |                   | SF 0,9%. ____ ML       |          |          |          |   |   | PRESERVATIVO MASC.    |            |          |          |  |   |                                     |   |
| DERSANI (10 ml)                                               |          |                             |          |                             |   |                   | MÁSCARA                |          |          |          |   |   | COLETOR ABERTO        |            |          |          |  |   |                                     |   |
| SAF- GEL (5gr)                                                |          |                             |          |                             |   |                   |                        |          |          |          |   |   | MICROPORE (CM)        |            |          |          |  |   |                                     |   |
| SOLOSITE (5gr)                                                |          |                             |          |                             |   |                   | <b>PUNÇÃO</b>          | <b>M</b> | <b>T</b> | <b>N</b> |   |   | LUVA PROC.(PAR)       |            |          |          |  |   |                                     |   |
| PURILON (5gr)                                                 |          |                             |          |                             |   |                   | LUVA PROC. (PAR)       |          |          |          |   |   | <b>LAVAGEM-INTEST</b> | <b>M</b>   | <b>T</b> | <b>N</b> |  |   |                                     |   |
| DUODERM EF 10X10                                              |          |                             |          |                             |   |                   | JELCO Nº 18            |          |          |          |   |   | EQUIPO MACRO          |            |          |          |  |   |                                     |   |
| DUODERM EF 15X15                                              |          |                             |          |                             |   |                   | JELCO Nº 20            |          |          |          |   |   | LIDOCAINA GEL         |            |          |          |  |   |                                     |   |
| DUODERM CGF                                                   |          |                             |          |                             |   |                   | JELCO Nº 22            |          |          |          |   |   | MICROPORE (cm)        |            |          |          |  |   |                                     |   |
| KALTOSTAT                                                     |          |                             |          |                             |   |                   | JELCO Nº 24            |          |          |          |   |   | LUVA PROC.(PAR)       |            |          |          |  |   |                                     |   |
| CARBOFLEX                                                     |          |                             |          |                             |   |                   | ATADURA CREPON         |          |          |          |   |   |                       |            |          |          |  |   |                                     |   |
| AQUACEL TAM                                                   |          |                             |          |                             |   |                   | EQUIPO MACRO           |          |          |          |   |   | <b>EQUIPOS</b>        | <b>M</b>   | <b>T</b> | <b>N</b> |  |   |                                     |   |
| IV 3000                                                       |          |                             |          |                             |   |                   | POLIFIX                |          |          |          |   |   | EQUIPO BIC DIETA      |            |          |          |  |   |                                     |   |
| IRRIGAFIX                                                     |          |                             |          |                             |   |                   | ALCOOL 70%(ML)         |          |          |          |   |   | EQUIPO BIC MED        |            |          |          |  |   |                                     |   |
|                                                               |          |                             |          |                             |   |                   | MICROPORE (cm)         |          |          |          |   |   | EQUIPO DE TRANSF.     |            |          |          |  |   |                                     |   |
|                                                               |          |                             |          |                             |   |                   | ESPARADRAPO (cm)       |          |          |          |   |   |                       |            |          |          |  |   |                                     |   |
| ASS. RESPONSÁVEL:                                             |          |                             |          |                             |   |                   | SCALP                  |          |          |          |   |   |                       |            |          |          |  |   |                                     |   |
| <b>ASPIRAÇÃO</b>                                              | <b>M</b> | <b>T</b>                    | <b>N</b> |                             |   |                   | <b>SALIN./HIDRA./</b>  | <b>M</b> | <b>T</b> | <b>N</b> |   |   | <b>RESERVA</b>        |            |          |          |  |   |                                     |   |
|                                                               |          |                             |          |                             |   |                   | <b>HEP./DO CATETER</b> |          |          |          |   |   |                       |            |          |          |  |   |                                     |   |
| SONDA DE ASPIRAÇÃO                                            |          |                             |          |                             |   |                   | SF 0,9% 10ml           |          |          |          |   |   | → ____ UI             |            |          |          |  |   | AMP.                                |   |
| GAZE (PCT C/ 10)                                              |          |                             |          |                             |   |                   | ABD (10ML)             |          |          |          |   |   | → ____ UI             |            |          |          |  |   | AMP.                                |   |
| SF.0,9% 10 ml                                                 |          |                             |          |                             |   |                   | HEPARINA (1ML)         |          |          |          |   |   | → ____ UI             |            |          |          |  |   | AMP.                                |   |
| ABD                                                           |          |                             |          |                             |   |                   | SERINGA TAM ____       |          |          |          |   |   | → ____ UI             |            |          |          |  |   | AMP.                                |   |
| LUVA ESTÉRIL (par)                                            |          |                             |          |                             |   |                   | AGULHA Nº ____         |          |          |          |   |   | → ____ UI             |            |          |          |  |   | AMP.                                |   |
|                                                               |          |                             |          |                             |   |                   | LUVA ESTÉRIL (PAR)     |          |          |          |   |   | → ____ UI             |            |          |          |  |   | AMP.                                |   |
| <b>OUTROS</b>                                                 | <b>M</b> | <b>T</b>                    | <b>N</b> |                             |   |                   | <b>OUTROS</b>          | <b>M</b> | <b>T</b> | <b>N</b> |   |   | → ____ UI             |            |          |          |  |   | AMP.                                |   |
|                                                               |          |                             |          |                             |   |                   |                        |          |          |          |   |   | → ____ UI             |            |          |          |  |   | AMP.                                |   |
|                                                               |          |                             |          |                             |   |                   |                        |          |          |          |   |   | → ____ UI             |            |          |          |  |   | AMP.                                |   |
| ASS. TEC ATRIBUIDO <b>M</b>                                   |          | ASS. TEC ATRIBUIDO <b>T</b> |          | ASS. TEC ATRIBUIDO <b>N</b> |   | VISTO ENFERMEIROS |                        |          |          |          |   |   | DATA: / /             |            |          |          |  |   |                                     |   |
|                                                               |          |                             |          |                             |   | MANHÃ             |                        | TARDE    |          | NOITE    |   |   |                       |            |          |          |  |   |                                     |   |

## REGISTRO DOS TÉCNICOS

### Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

IH: **11**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Data Internação: **20/08/2019 09:39:52**

Leito: **ENFERMARIA 304A**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI FRATURA DE ANTEBRACO**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **35,5 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **130x80**

Frequência Cardíaca: **89**

**EUPNEICO**

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

**Periférico**

**VO**

Diurese: **ESPONTÂNEA**

**MSD**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

**HGT**

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**CTV LIMPO**

Medicações:

**ADM MEDICAÇÕES CPM.**

Intercorrência:

**AS 20:30 RECEBO E ADMITO PACIENTE VINDO DO CC EM PPOI DE FRATURA DE ANTEBRACO "E". CONCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMB. COM AVP EM MSE EM HV POR GRAVIDADE. AFERIDOS SSVV PARAMETROS NORMAIS. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPONTÂNEAS. REALIZADOS CUIDADOS.**

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

IH: **11**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Data internação: **20/08/2019 09:39:52**

Leito: **ENFERMARIA 304A**

Turno: Diurno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: 1º DPO DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE ALERGIAS

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Temperatura: 36,3 °C Saturação O2: 96% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 130x80 Frequência Cardíaca: 79

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

MSD 20/08/2019

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

RECEBO AS 07:00 HORAS, PACIENTE 47 ANOS, CONCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE, SONO PRESERVADO, DIETA V.O DE BOA ACEITAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, AFRIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, REALIZADO BANHO POR ASPERÇÃO, TROCA DE ROUPA DE CAMA E PESSOAL, ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA, SAÍU DA UNIDADE 3 AS 11:00 HORAS ACOMPANHADA POR MAQUEIRO EM CADEIRA, E SUA ACOMPANHANTE, LEVANDO CONSIGO SEUS PERTENCES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.

*Suely Batista*

COREN: 1168012 - SUELY BATISTA DE AGUIAR SILVA

21/08/2019 10:58:49

Nome: **NILTON CESAR BENTO**  
Idade: **47**  
Peso: **78,** Altura: **1,79**  
Convênio: **SUS - TRAT FRATURA**  
Solicitante: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**  
Entrada: **28/06/2019**  
Coleta: **28/06/2019 08:25**

Registro: **133952** IH:  
Sexo: **Masculino**  
Prontuário: **0**  
OS nº.: **119-160787**  
Página: **3**

**TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL**

Material: Plasma Citratado Método: Nefelometria

Tempo do Paciente: **31,0 seg** Valor de Referencia  
Tempo padrão : **31,0**  
Rel. teste padrão: **1,0**

**PROTEINA C REATIVA ULTRASENSÍVEL**

Material: Soro Método: Imunoturbidimetria

Resultado: **1,00 mg/L** Valores de referência  
< 6.0 mg/L.

**VHS - Velocidade de hemossedimentação**

Material: Sangue Método: Westergreen

Resultado.....: **10 mm/hora**

Valor de referência: Até 10 mm/hora

Mariana Maria Campos da Silva  
Farmacêutica  
CRF 3520

Nome: **NILTON CESAR BENTO**  
Idade: **47**  
Peso : **78,** Altura: **1,79**  
Convênio: **SUS - TRAT FRATURA**  
Solicitante: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**  
Entrada: **28/06/2019**  
Coleta: **28/06/2019 08:25**

Registro: **133952 IH:**  
Sexo: **Masculino**  
Prontuário: **0**  
OS n°.: **119-160787**  
Página: **2**

**TEMPO DE ATIVIDADE PROTROMBINA ( TAP )**

Material: Plasma Citratado

Método: Quick (Ap. MaxCoag)

Atividade Enzimática : **100,0**

Tempo Paciente : **12,3 seg**

Valores de referência

Parâmetro

Atividade de Protrombina 70% a 100%

Plasma Padrão 12,3 segundos

INR 1,00 a 1,30

Tempo Padrão : **12,3**

INR : **1,00**

Mariana Maria Campos da Silva  
Farmacêutica  
CRF 3520

Nome: **NILTON CESAR BENTO**  
 Idade: **47**  
 Peso: **78,** Altura: **1,79**  
 Convênio: **SUS - TRAT FRATURA**  
 Solicitante: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA**  
 Entrada: **28/06/2019**  
 Coleta: **28/06/2019 08:25**

Registro: **133952 IH:**  
 Sexo: **Masculino**  
 Prontuário: **0**  
 OS nº.: **119-160787**  
 Página: **1**

### HEMOGRAMA COMPLETO\*

Material: **SANGUE TOTAL COM EDTA**  
 Método...: **Automação-Diacron SDH-5**

#### LEUCOGRAMA

|                                       | Valores Encontrados           | Valores Referenciais                  |
|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Leucócitos por mm <sup>3</sup> .....: | <b>7,09 10<sup>3</sup>/uL</b> | <b>4.000 - 11.000 /MM<sup>3</sup></b> |
| Neutrófilos.....:                     | <b>45,00 %</b>                | <b>3,19 10<sup>3</sup>/uL</b>         |
| Linfócitos.....:                      | <b>50,00 %</b>                | <b>3,55 10<sup>3</sup>/uL</b>         |
| Monócitos.....:                       | <b>3,00 %</b>                 | <b>0,21 10<sup>3</sup>/uL</b>         |
| Eosinófilos.....:                     | <b>1,00 %</b>                 | <b>0,07 10<sup>3</sup>/uL</b>         |
| Basófilos.....:                       | <b>1,00 %</b>                 | <b>0,07 10<sup>3</sup>/uL</b>         |
| Observação: Morfologia conservada     |                               |                                       |

#### ERITROGRAMA

|                                     | Valores Encontrados           | Valores Referenciais Crianças |
|-------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
|                                     | Homem                         | Mulher                        |
| Hemácias.....:                      | <b>5,50 10<sup>6</sup>/uL</b> | <b>4,50 - 6,00</b>            |
| Hemoglobina.....:                   | <b>15,90 g/dl</b>             | <b>13,0 - 18,0</b>            |
| Hematócrito.....:                   | <b>42,90 %</b>                | <b>4,0 - 54,0</b>             |
| Vol. Glob. Média.: <b>78,00 fL</b>  | <b>80,0 - 100,0</b>           | <b>80,0 - 100,0</b>           |
| Hem. Glob. Média.: <b>28,91 pg</b>  | <b>26,0 - 34,0</b>            | <b>26,0 - 34,0</b>            |
| C.H.Glob. Média.: <b>37,06 g/dL</b> | <b>32,0 - 36,0</b>            | <b>32,0 - 36,0</b>            |
| RDWcv .....:                        | <b>12,70 %</b>                | <b>11,0 a 15,0</b>            |
| RDWsd .....:                        | <b>46,5 fL</b>                |                               |
| Observação: Microcitose             |                               |                               |

#### CONTAGEM DE PLAQUETAS.:

Valores Encontrados: **317 10<sup>3</sup>/uL** 150.000 a 400.000/mm<sup>3</sup>  
 Valores Referenciais

MPV.....: **7,80 /mm<sup>3</sup>**  
 PCT.....: **0,247 %**  
 PDWcv.....: **%**  
 PDWsd.....: **14,10 fL**  
 PLCR.....: **14,90 %**  
 PLCC.....: **10<sup>3</sup>/uL**

MORFOLOGIA: **Aparentemente normal em número e aspecto**

NOTA: Exame automatizado, com confirmação das contagens e análise morfológica realizadas por microscopia, quando aplicável.

Mariana Maria Campos da Silva  
 Farmacêutica  
 CRF 3520



**Hospital Memorial**  
São Francisco

**Hospital Memorial de Natal**

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

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

hmemorial@veloxmail.com.br

**EVOLUÇÃO NUTRICIONISTA - ADMISSÃO**

**Dados do Paciente**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952** Num. Internação: **11**

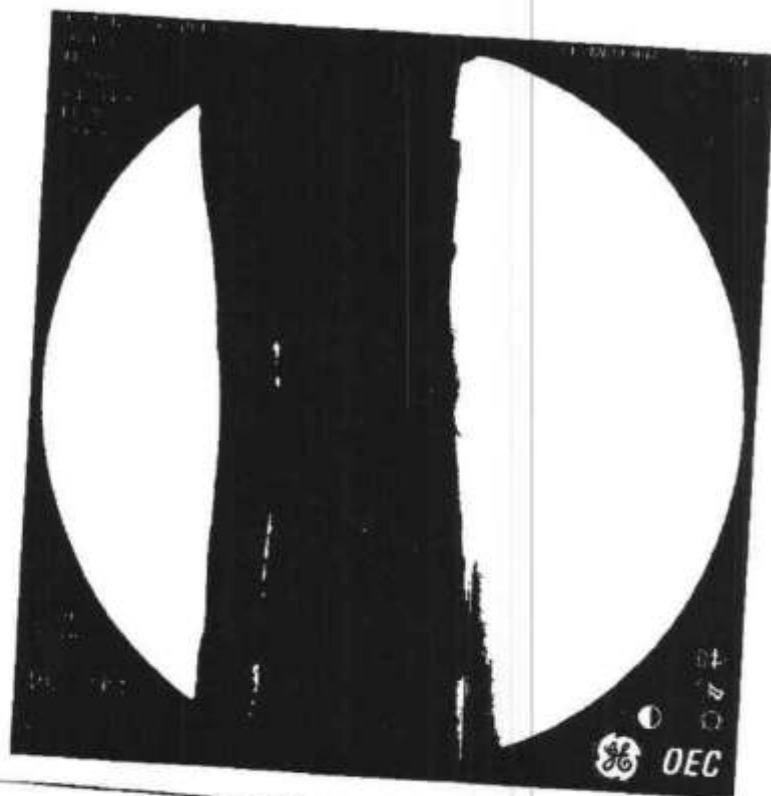
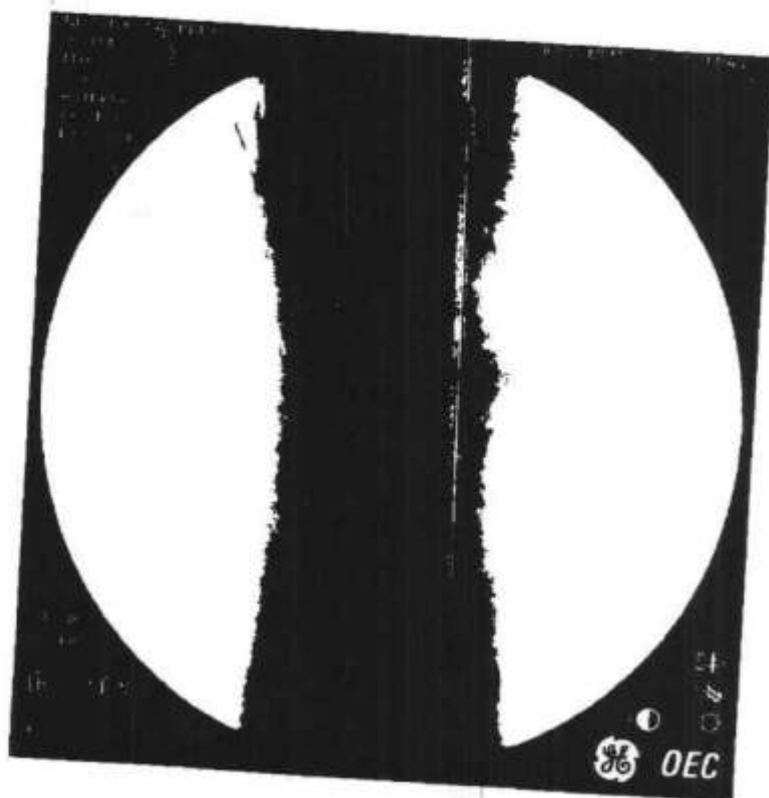
Nascimento: **04/03/1972 47 anos** Data Internação: **20/08/2019 09:39:52** Leito: **ENFERMARIA 304A**

**INDICAÇÕES NUTRICIONAIS**

PACIENTE ADMITIDO NA UNIDADE 3 EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DO ANTEBRAÇO. EM TERAPIA NUTRICIONAL POR VIA ORAL. NEGA COMBORDIDADES. DIURESE NORMAL. EVACUAÇÃO PRESENTE. OFERTAR LÍQUIDOS.

21/08/2019 08:32:30  
CRN - 2257

ADRIANA DE QUEIROZ XAVIER



**FICHA DE INTERNAMENTO**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade : **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84998024893**

Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

**Dados do Internamento**

Num Internamento: **3**

Entrada: **02/04/2019 8:22** Previsão saída: **03/04/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

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

CRM: **2156**

**LEITO RESERVA 01**

**Dados do Responsável**

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

**Termo de Responsabilidade**

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

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

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

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

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

Assinatura: [ ☒ ] Paciente [ ☐ ] Responsável

*Nilton Cesar Bento*

**Observações**

**SISREG, AIH, AUT MUN, DOCUMENTOS, EX LAB, AUT MUN 01 PELICULA DE RX, TERMO CONS. MEDICO CIENTE.**

**Dados do Paciente**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO** Registro: **133952**  
Num. RG: **1228189** CPF: **838.185.024-04** Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**  
Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO** N.: **347** Bairro: **CENTRO**  
Cidade: **TANGARA** UF: **RN** CEP: **59240000** Fone: **84998024893**  
Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC** Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

**Dados do Internamento**

Num. Internamento: **3** Entrada: **02/04/2019 8:22** Previsão saída: **03/04/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**  
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **709607614280477**  
Médico: **Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA** CRM: **2156** **LEITO RESERVA 01'**

**Dados do Responsável**

Responsável: CPF: RG:  
Parentesco:

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

1. - Autorizo o(a) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S7918 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DI
2. - O(A) Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
3. - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que, possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Assinatura: [ Nilton Cesar Bento ] Paciente [ ] Responsável

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA - CRM 2156



**Hospital Memorial**  
São Francisco

## 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: 02/04/2019 08:23

#### Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Num. RG: **1228189**

CPF: **838.185.024-04**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Sexo: **Masculino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **CORONEL EZEQUIEL MERGELINO**

N.: **347**

Bairro: **CENTRO**

Cidade : **TANGARA**

UF: **RN**

CEP: **59240000**

Fone: **84998024893**

Profissão: **PESCADOR ARTESANAL DE AGUA DOC**

Mãe: **RITA FELIX DE PONTES**

#### Dados do Internamento

Num. Internamento: **3**

Entrada: **02/04/2019 8:22** Previsão saída: **03/04/2019 11:00** Atendente: **VANUZANB**

Convênio: **SUS ESTADUAL**

Matrícula/CNS: **709607614280477**

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

CRM: **2156**

**LEITO RESERVA 01**

#### Termo de Responsabilidade

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

Data da Baixa: \_\_\_\_\_ No. de dias de hospitalização: \_\_\_\_\_ No. de US: \_\_\_\_\_

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnostico Definitivo: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Ap. Urinario e Ginecológico: \_\_\_\_\_

Impressão geral: \_\_\_\_\_

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

Código Solicitação: 279854885

Número AIH: 241910023413-3

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Unidade Executante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro**

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

**Central Reguladora**

NATAL

**Data de Solicitação**

18.03.2019 - 10:45:09

**Data de Autorização**

18/03/2019 - 10:54:18

**Data de Reserva**

19.03.2019

**Data de Internação**

19.03.2019

**Data Prevista de Alta**

02.08.2046

**Data de Alta**

19/03/2019 - 05:56:33

**Motivo da Alta**

1.1 ALTA CURADO

**CNES:**

2408252

**CNES:**

2408252

**Município Executante**

NATAL

**Operador**

LUCIMAR

**Operador**

63721392434CRISTIANA

**Operador**

18129862204LUCIMAR

**Operador**

18129862204LUCIMAR

**DADOS DO PACIENTE****CNS:**

709607614280477

**Nome do Paciente**

NILTON CESAR BENTO

**Nome da Mãe**

RITA FELIX DE PONTES

**Sexo:**

MASCULINO

**Data de Nascimento:**

04/03/1972 (47 anos)

**Tipo Logradouro:**

SÍTIO

**Número:****País de Residência:**

BRASIL

**Telefone(s):**

---

**Nome Social/Apelido:**

---

**Naturalidade:**

TANGARA - RN

**Raça:**

AMARELA

**Tipo Sanguíneo:**

---

**Logradouro:**

SETOR VARZEA DO MILHO

**Bairro:**

RURAL

**Município de Residência:**

TANGARA

**Complemento:****CEP:**

59240-000

**UF:**

RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:**

19561917807

**CPF do Médico Executante:**

19561917807

**Diagnóstico Inicial - CID:**

M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

**Caráter**

10 - Eletivo

**Clínica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

**Nome do Médico Solicitante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Nome do Médico Executante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**Classificação de Risco**

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

**Clínica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

0415020034

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

PACIENTE COM DEFICIT FUNCIONAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, APOS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO /td&gt;

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

R X + E F

**Condições que Justificam a Internação:**

TRATAMENTO CIRURGICO FARTURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS + OSTECTOMIA + ENXERTO

**PARECER****Motivo de Impedimento do Regulador:**

---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:****Data de Solicitação:**

18.03.2019 - 10:45:09

Código Solicitação: 279854885

Número AIH: 241910023413-3

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Unidade Executante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro**

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

**Central Reguladora**

NATAL

**Data de Solicitação**

18.03.2019 - 10:45:09

**Data de Autorização**

18/03/2019 - 10:54:18

**Data de Reserva**

19.03.2019

**Data de Internação**

19.03.2019

**Data Prevista de Alta**

02.08.2046

**Data de Alta**

19/03/2019 - 06:56:33

**Motivo da Alta**

1.1 ALTA CURADO

**CNES:**

2408252

**CNES:**

2408252

**Município Executante**

NATAL

**Operador**

LUCIMAR

**Operador**

63721392434CRISTIANA

**Operador**

18129862204LUCIMAR

**Operador**

18129862204LUCIMAR

**DADOS DO PACIENTE****CNS:**

709607614280477

**Nome do Paciente**

NILTON CESAR BENTO

**Nome da Mãe**

RITA FELIX DE PONTES

**Sexo:**

MASCULINO

**Data de Nascimento:**

04/03/1972 (47 anos)

**Tipo Logradouro:**

SÍTIO

**Número:****País de Residência:**

BRASIL

**Telefone(s):**

---

**Nome Social/Apelido:**

---

**Naturalidade:**

TANGARA - RN

**Raça:**

AMARELA

**Tipo Sanguíneo:**

---

**Logradouro:**

SETOR VARZEA DO MILHO

**Bairro:**

RURAL

**Município de Residência:**

TANGARA

**Complemento:****CEP:**

59240-000

**UF:**

RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:**

19561917807

**CPF do Médico Executante:**

19561917807

**Diagnóstico Inicial - CID:**

M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

**Caráter**

10 - Eletivo

**Clínica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

**Nome do Médico Solicitante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Nome do Médico Executante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**Classificação de Risco**

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

**Clínica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

0415020034

**LADO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO****Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**

PACIENTE COM DEFICIT FUNCIONAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO ,APOS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO /td&gt;

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

R X + E F

**Condições que Justificam a Internação:**

TRATAMENTO CIRURGICO FARTURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS + OSTECTOMIA + ENXERTO

**Assinatura****Motivo de Impedimento do Regulador:**

---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:****Data de Solicitação:**

18.03.2019 - 10:45:09

Código Solicitação: 279854885

Número AIH: 241910023413-3

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE****Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Unidade Executante:**

HOSPITAL MEMORIAL

**Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro**

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - TIROL

**Central Reguladora**

NATAL

**Data de Solicitação**

18.03.2019 - 10:45:09

**Data de Autorização**

18/03/2019 - 10:54:18

**Data de Reserva**

19.03.2019

**Data de Internação**

19.03.2019

**Data Prevista de Alta**

02.08.2046

**Data de Alta**

19/03/2019 - 06:56:33

**Motivo da Alta**

1-1 ALTA CURADO

**CNES:**

2408252

**CNES:**

2408252

**Município Executante**

NATAL

**Operador**

LUCIMAR

**Operador**

63721392434CRISTIANA

**Operador**

18129862204LUCIMAR

**Operador**

18129862204LUCIMAR

**DADOS DO PACIENTE****CNS:**

709607614280477

**Nome do Paciente**

NILTON CESAR BENTO

**Nome da Mãe**

RITA FELIX DE PONTES

**Sexo:**

MASCULINO

**Data de Nascimento:**

04/03/1972 (47 anos)

**Tipo Logradouro:**

SÍTIO

**Número:****País de Residência:**

BRASIL

**Telefone(s):**

---

**Nome Social/Apelido:**

---

**Naturalidade:**

TANGARA - RN

**Raça:**

AMARELA

**Tipo Sanguíneo:**

---

**Logradouro:**

SETOR VARZEA DO MILHO

**Bairro:**

RURAL

**Município de Residência:**

TANGARA

**Complemento:****CEP:**

59240-000

**UF:**

RN

**DADOS DA SOLICITAÇÃO****CPF do Médico Solicitante:**

19561917807

**CPF do Médico Executante:**

19561917807

**Diagnóstico Inicial - CID:**

M840 - DEFEITO DE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA

**Caráter**

10 - Eletivo

**Clínica:**

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

**Procedimento Solicitado:**

OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

**Nome do Médico Solicitante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Nome do Médico Executante:**

HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

**Status da Solicitação:**

APROVADA

**Classificação de Risco**

Prioridade 3 - Atendimento eletivo

**Clínica Complementar:**

Nenhuma

**Código:**

0415020034

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

PACIENTE COM DEFICIT FUNCIONAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, APÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO /td&gt;

**Principais Resultados de Provas Diagnósticas:**

R X + E F

**Condições que Justificam a Internação:**

TRATAMENTO CIRURGICO FARTURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DOS OSSOS LONGOS + OSTEOTOMIA + ENXERTO

**PARÊCER****Motivo de Impedimento do Regulador:**

---

**Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)****CRM:****Data de Solicitação:**

18.03.2019 - 10:45:09

REG - 133952

HISTORIA DO PACT.

~~XXXXXX~~ A.T.B - JCMO

DEIXOU DIA: LISTA: 11/02

DATA CIRURGIA 02/04/19

DR: EDUARDO

OBS: PROTOCOLO WILFREDO

FALEI COM EDILWA (ESPOSA)  
AS 15:01

## AUTORIZAÇÃO DE AIH

Registro nº 13/2019

Tangará /RN 19 de março de 2019.

Encaminho a essa Unidade Hospitalar, Hospital Memorial São Francisco, o paciente **Nilton César Bento**, portador do SUS: 898.0023.7521.4252, CPF: 838.185.024-04 RG: 1.228.189 residente na Rua Coronel Ezequiel, Nº347, centro – Tangará/RN. Para intervenção na especialização de tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada dos ossos longos - **OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS; ENXERTO OSSÉO – COGIGO 04150200269** - (0408060590- 0408060174- 0408040211) já que a nossa unidade de saúde, o **Hospital Maternidade Santa Terezinha**, ainda não dispõe dos devidos procedimentos. Assim sendo, autorizamos transferir em favor deste hospital a AIH – autorização de internação hospitalar do nosso município, ainda no banco de compensação da SESAP-RN, para que seja viabilizado o referido internamento.

Tangará 19 de março de 2019.



Maria do Livramento Silva  
Secretaria Municipal de Saúde  
CPF: 422.332.754-20

## AUTORIZAÇÃO DE AIH

Registro nº 13/2019

Tangará /RN 19 de março de 2019.

Encaminho a essa Unidade Hospitalar, Hospital Memorial São Francisco, o paciente **Nilton César Bento**, portador do SUS: 898.0023.7521.4252, CPF: 838.185.024-04 RG: 1.228.189 residente na Rua Coronel Ezequiel, Nº347, centro – Tangará/RN. Para intervenção na especialização de tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada dos ossos longos - **OSTECTOMIA DE OSSOS LONGOS; ENXERTO OSSÉO – COGIGO 04150200269** - (0408060590- 0408060174- 0408040211) já que a nossa unidade de saúde, o **Hospital Maternidade Santa Terezinha**, ainda não dispõe dos devidos procedimentos. Assim sendo, autorizamos transferir em favor deste hospital a AIH – autorização de internação hospitalar do nosso município, ainda no banco de compensação da SESAP-RN, para que seja viabilizado o referido internamento.

Tangará 19 de março de 2019.



Maria do Livramento Silva  
Secretaria Municipal de Saúde  
CPF: 422.332.754-20



PACIENTE: NILTON CESAR BENTO

MEDICO RESPONSÁVEL: ~~DR. NELIO~~ DR. EDUARDO

### ORIENTAÇÕES PARA INTERNAÇÃO

Data da Internação: 19 / 03 /2019

Chegar no hospital as: 11:30

Para internação será necessário os seguintes documentos:

~~Pagar autorização de internação hospitalar - AII na secretaria de saúde da sua cidade~~  
~~(caso o paciente não seja de fora)~~

RG/CPF/Cartão do SUS/ Certidão de nascimento

Certidão de casamento (Civil ou viúva (o)

Comprovante de residência

Todos os exames

### ORIENTAÇÕES PARA O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Alimentação até 06:00 hs da manhã

Depois não tomar nem água

Alimentação até 00:00 hs da noite anterior ao procedimento

Depois não tomar nem água

Jejum de 8 hs

~~Obs: Não vir com as unhas pintadas~~

~~Lucimar.netal2007@hotmail.com~~

~~Telefone pra contato: 31334200 ou 31334210 Lucimar / Andikelly~~

~~WhatsApp: 98191-4429~~

Obs: Horário de visita:

Enfermaria das 15:hs às 16:hs apenas dois visitantes por dia.

Sempre com roupas comprida e sapato fechado.

428



GOVERNO DO ESTADO DO RN - SECRETARIA DA SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE VAGAS - UGV

## ENCAMINHAMENTO

|                     |                    |        |
|---------------------|--------------------|--------|
| PACIENTE:           | Milton Cesar Bente | SENHA: |
| DIAGNÓSTICO         | A Lumbago          |        |
| SETOR DE ORIGEM     | Hw G               |        |
| AUDITOR AUTORIZADOR | Hospital Municipal |        |
| DESTINO             |                    |        |
| DATA                | 31/02/19           |        |

RECEPÇÃO PELO HOSPITAL

☐

ACEITA

☐

RECUSADA

Assinatura

Assinatura Responsável

MOTIVO

Apêndices



**ORIENTAÇÕES GERAIS** – As seguintes orientações visam seu maior conforto e segurança :

**A) PRÉ- ANESTÉSICAS:**

**1. JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO:**

1. Alimentos sólidos, pastosos e **leite de vaca: ATÉ 8 HORAS** antes do horário previsto para cirurgia ou exame;
2. **Leite/ Fórmula infantil** (NAN 1, NAN 2 ou outro): **ATÉ 6 HORAS** antes do horário previsto para cirurgia ou exame;
3. **Leite Materno: ATÉ 4 HORAS** antes do horário previsto para cirurgia ou exame;
4. **Água: ATE 2 HORAS** antes do horário previsto para cirurgia ou exame.

**2. Orientações:**

2. Compareça **1 HORA** antes do horário da cirurgia ou exame acompanhando por maior de idade responsável;
3. Retirar todas as joias, próteses, óculos, lentes de contato, maquiagem, batom e esmalte das unhas;
4. Se possível fazer a barba;
6. Medicções :

**B) PÓS- ANESTÉSICAS;**

As seguintes orientações visam sua proteção e segurança no período em que estará sob efeito residual de anestésicos utilizados durante a cirurgia ou exame. Assim, nas 24 horas seguintes a sua cirurgia:

1. Não dirigir veículos automotores ou operar equipamentos perigosos;
2. Não enjerir bebidas alcoólicas ou drogas ilícitas;
3. Evitar tomar decisões importantes, fechar negócios ou assinar documentos;
4. Se tiver recebido anestesia em algum lugar dos membros, mantenha-o protegido de objetos quentes ou cortantes até que o mesmo volte completamente a sensibilidade;
5. Se tiver recebido, raquianestesia, contate o serviço de anestesiologia caso sinta dor de cabeça ao sentar, levantar ou qualquer outro sintoma que possa ser relacionado com o procedimento anestésico- cirúrgico;

**ALTA HOSPITALAR SOMENTE SERÁ DADA MEDIANTE A PRESENÇA DE ACOMPANHANTE MAIOR DE IDADE**

7. Telefone para o contato :  
(84) 3133-4200 Hospital Memorial de Natal.



### Termo de consentimento informado para procedimento anestésico

( Consentimento informado norma técnica resolução SS- 169 DE 18/06/96)

1. Autorizo anestesiológista credenciado pelo Hospital Memorial, a realizar na minha pessoa procedimento anestésico.
2. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos, medicamentos e equipamentos disponíveis no Hospital; para ser alcançado/obtido o melhor resultado.
3. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
4. Documentação recebida. ( ) Não ( ) Sim. Qual:

Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse;

( ) Paciente ( ) Responsável

Nome legível: Wilton César Brito Assinatura: Wilton César Brito

Grau de parentesco: \_\_\_\_\_ (RG): \_\_\_\_\_

Natal/ RN: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Deve ser preenchido pelo anestesiológista

Expliquei todo o procedimento anestésico/ sedativo ao paciente a cima identificado, ou ao seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ ou seu responsável está em condições de compreender e o que lhes foi informado.

Médico: Elaine M. S. CRM: 24117

Assinatura: Elaine M. S. Natal/ RN 02/04/19 Hora: 11h30

Dr(a) Elaine M. S.   
Anestesiológista   
CRM/RN - 24117

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Por este instrumento particular o (a) paciente **NILTON CESAR BENTO** ou seu responsável Sr. (a) \_\_\_\_\_, declara, para todos os fins legais, especialmente do disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena autorização ao (à) médico(a) assistente, Dr. Hélio Rubens Polido Garcia, inscrito no CRM-5500 / RN para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado "Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada + Osteotomia de ossos longos + Enxerto ósseo", e todos os procedimentos que o incluem, inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o referido médico, atendendo ao disposto nos arts. 22º e 34º do Código de Ética Médica e no art. 9º da Lei 8.078/90 e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se seguem:

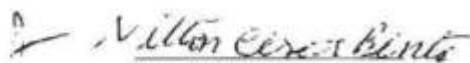
**DEFINIÇÃO:** a cirurgia tem o objetivo refazer o alinhamento dos ossos envolvidos nos planos sagital, coronal e rotacional, mantendo-os nesta posição através de fixação por hastes, placas, parafusos, fios ou pinos

### COMPLICAÇÕES:

- 1- Infecção, edema (inchaço), hematoma, deiscências (soltura de pontos)
- 2- Rejeição do metal
- 3- Necrose de pele e músculos
- 4- Síndrome compartimental pode acontecer antes e depois de ser operado. Este problema deve ser resolvido nas primeiras 6 – 8 horas, e caracteriza-se por dor intensa, cianose (roxidão) dos dedos e amortecimento. O médico deve ser informado imediatamente se isso acontecer.
- 5- A não consolidação da fratura, pseudo artrose, pode acontecer em qualquer caso. Normalmente é resultado da soma de vários problemas principalmente das características da fratura, grau de nutrição do paciente, qualidade da vascularização do local afetado.
- 6- Limitação de movimento articular e diminuição de força são resultados mais comuns
- 7- Complicações da área doadora de enxerto ósseo, a depender da decisão médica intra-operatória para melhor local a ser retirado o enxerto, incluindo infecção, dor persistente, neuroma incisional (dor em choque)
- 8- Dormências e formigamentos (parestésias): na maioria das vezes é transitório e ocorre em aproximadamente metade dos casos.
- 9- A não recuperação total da função e perda total da função pós-cirúrgica
- 10- Necessidade de nova cirurgia ou cirurgias complementares para atingir objetivo final.
- 11- Possibilidade de cicatrizes com formação de quelóides (cicatriz hipertrófica-grosseira).
- 12- Ocorrência de lesões nervosas, como ruptura parcial, estiramento, ruptura total, devido ao acesso cirúrgico complexo e afastamento necessários para realizar a cirurgia.
- 13- Dor Complexa Regional (ocorre em 10% dos casos): quadro onde ocorre dores intensas, alterações tróficas de pele, osteopenia regional, sudorese profusa e atrofia muscular e de tecido celular subcutâneo. A grande maioria das vezes está relacionada com ansiedade, depressão ou alterações psicológicas do paciente.
- 14- Lesões nervosas e vasculares devido ao garroteamento do membro para operações com o membro exsanguinado. Estas lesões ocorrem eventualmente e são temporárias.
- 15- Lesões nervosas e vasculares, com perda funcional total de movimentos
- 16- O resultado final esperado para esta lesão é de 12 meses, em média. Não se espera recuperação total
- 17- Necessidade de enxerto ósseo. Pode ocorrer reabsorção do enxerto

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, compromissando-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de que sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente). Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado não assegura a garantia de cura, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento. Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível. Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.

Natal, 26 de fevereiro de 2019



Ass. do(a) paciente

RG nº \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Ass. do(a) resp. pelo(a) paciente

RG nº \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

  
Ass. do(a) médico(a)

CRM: 5500

Nome: Hélio R. P. Garcia



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

408

LAUDO PARA  
SOLICITAÇÃO DE AIN

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO *encl: 2772 48833*

|                                                                 |          |
|-----------------------------------------------------------------|----------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br><i>HOSPITAL Gurgel</i>       | 2 - CNES |
| 3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE<br><i>NILTON CESAR Bentes</i> | 4 - CNES |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                              |                                             |                       |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><i>Antônio Cesar Bentes</i>          | 6 - Nº DO PROTOCOLO                         |                       |                                                                                 |
| 7 - CARTÃO NACIONAL / SUS<br><i>848 0023 - 52.11262</i>      | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><i>04-03-1972</i> | 9 - SEXO<br><i>46</i> | MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><i>RITA FELIX DE LIMA</i> | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br><i>41636512</i> |                       |                                                                                 |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)<br><i>3110 TEÓFILO</i>               | (84) 9629-7477<br>9802-4893                 |                       |                                                                                 |
| 13 - MUNICÍPIO<br><i>TEÓFILO</i>                             | 14 - BAIRRO<br><i>BAIRRO - 3110 TEÓFILO</i> | 15 - UF               | 16 - CEP                                                                        |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                            |                                |                     |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|------------------------|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Fraturas dos punhos.</i>                                  |                                |                     |                        |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Rio de lesões</i>                                         |                                |                     |                        |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><i>Boa to alar</i> |                                |                     |                        |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br><i>Frst. pulso</i>                                                             | 21 - CID INICIAL<br><i>S62</i> | 22 - CID SECUNDÁRIO | 23 - LAUDOS ASSOCIADOS |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                             |                                     |                            |                                                                    |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>fratura</i> | 25 - LEITO / CLÍNICA<br><i>Cepo</i> | 26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><i>Dr. Ricardo Araújo</i> |
| 28 - DT SOLICITAÇÃO<br><i>7 de 12</i>                       | 29 - CID                            | 30 - CID                   | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)<br><i>CRM 11295</i>   |

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

|                                 |                         |                                      |                                    |
|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| 32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO   | 33 - CNPJ DA SEGURADORA | 34 - Nº DO BILHETE                   | 35 - BÔNUS                         |
| 36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO  | 37 - CNPJ               | 38 -                                 | 40 -                               |
| 39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO |                         |                                      |                                    |
| 41 - CID PRINCIPAL              |                         | DESCRIÇÃO CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL |                                    |
| 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 (AII) |
| 47 - DT AUTORIZ.                             | 51 - DT AUTORIZ.                                       |                                                       |
| 48 - CNS / CPF                               | 52                                                     |                                                       |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO) | 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)           |                                                       |



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

# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| 1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE   | 2 - CNES |
| 3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE | 4 - CNES |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|                                                                 |                                           |                      |                                                     |                                      |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><b>NILTON CESAR BENTO</b>               | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                      |                      |                                                     |                                      |
| 7 - CARTÃO NACIONAL / SUS<br><b>+0960+6342804++</b>             | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><b>04/03/72</b> | 9 - SEXO<br><b>M</b> | MASCULINO<br><input checked="" type="checkbox"/>    | FEMININO<br><input type="checkbox"/> |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL<br><b>Rita Felix de Pontes</b>  |                                           |                      | 11 - TELEFONE DE CONTATO<br><b>9802-4893 espaco</b> |                                      |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº)<br><b>R. Coronel Ezequiel Mercedino</b> |                                           |                      | 13 - CEP<br><b>9638-3191 17m3</b>                   |                                      |
| 13 - MUNICÍPIO<br><b>Tangara</b>                                | 14 - BAIRRO<br><b>Centro</b>              | 15 - UF<br><b>RN</b> | 16 - CEP<br><b>59240-000</b>                        |                                      |

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|                                                                                                                                                                                   |                              |                        |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><br>Paciente com déficit funcional por consolidação viciosa do antebraço E, após retirada de fixador externo.<br>Necessita cirurgia |                              |                        |                        |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><br>Necessidade cirúrgica                                                                                                           |                              |                        |                        |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)<br><br>Exame físico + RX                                                                     |                              |                        |                        |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br>Consolidação viciosa                                                                                                                                  | 21 - CID 10 PRINCIPAL<br>M84 | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | 23 - CAUSAS ASSOCIADAS |

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

|                                                                                                                                                                             |                                                                                                |                    |                            |                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>- Tratamento cirúrgico de fratura viciosamente consolidada dos ossos longos<br>- Osteotomia de ossos longos<br>- Enxerto ósseo | 25 - COD. DO PROCEDIMENTO<br><b>0415020026</b><br>- 0408060590<br>- 0408060174<br>- 0408040211 | 26 - LEITO/CLÍNICA | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br><b>Dr Hélio Rubens Polido Garcia</b>                              |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                                |                    |                            | 29 - DT. SOLICITAÇÃO<br>/ /                                                                                |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                                |                    |                            | 30 - C.R.S. / C.P.F.<br>Dr. Hélio Rubens Polido Garcia<br>CRM 5500 - RN<br>Cirurgia da Mão e Microcirurgia |
|                                                                                                                                                                             |                                                                                                |                    |                            | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)                                                            |

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

|                                 |                         |                                             |            |
|---------------------------------|-------------------------|---------------------------------------------|------------|
| 32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO   | 33 - CNPJ DA SEGURADORA | 34 - Nº DO BILHETE                          | 35 - BÔNUS |
| 36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO  | 37 - CNPJ               | 38 -                                        | 40 -       |
| 39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO |                         |                                             |            |
| 41 - ( ) CID. 10 PRINCIPAL      |                         | DESCRIÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL      |            |
| 42 - ( ) CID. 10 SECUNDÁRIO     |                         | 43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVÍSSIMA |            |

## AUTORIZAÇÃO

|                                                 |                                                        |                                                       |
|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO            | 50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO | 54 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) |
| 47 - DT. AUT. / /                               | 51 - DT. AUT. / /                                      |                                                       |
| 48 - C.R.S. / C.P.F.                            |                                                        |                                                       |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO) | 53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)        |                                                       |



## EVOLUÇÃO ASSISTENTE SOCIAL

### Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Nascimento: **04/03/1972 47 anos**

Acompanhante:

Registro: **133952** Num. Internação: **3**

Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Parentesco:

Endereço para Correspondência:

Endereço:

Cidade : **Tangara**

Bairro :

Ocorrência:

Durante o acolhimento o usuário informou que trauma foi ocasionado por acidente de moto.

Evolução do Prontuário:

X - Paciente/Acompanhante recebeu(ram) orientações a respeito das Normas Hospitalares.

Observações:

Ciente das normas hospitalares.  
sala 01

### CONDUTA HOSPITALAR

- Não sentar ou deitar na cama do paciente (risco de infecção hospitalar);
- O acompanhante/ou visitante não deve usar roupas impróprias (transparentes, justas, decotes e shorts). Procurar usar roupas confortáveis e adequadas ao espaço público;
- Não trazer ou deixar objetos de valores nas dependências das enfermarias, pois o hospital não se responsabiliza pela perda ou roubo destes;
- Não fumar nas dependências do hospital, haja visto o risco à saúde, medida esta amparada pela Lei Federal 9294/96;
- Não colocar objetos em cima do leito do paciente;
- Não é permitida a entrada de alimentos de fora nas enfermarias para impedir a proliferação de insetos e evitar a infecção hospitalar, a equipe de nutrição planeja uma alimentação adequada ao estado de saúde do paciente;
- Faça silêncio nas enfermarias. A tranquilidade no ambiente hospitalar é importante para a recuperação dos pacientes;
- É necessário lavar as mãos antes de entrar no quarto, antes e após prestar cuidados ao paciente e após o uso do sanitário;
- No caso de dúvidas em relação aos cuidados com o paciente (administração de medicamentos, troca de soro, curativos, etc) procurar a equipe de enfermagem;
- Para evitar riscos à saúde do paciente pedimos aos acompanhantes que permaneçam nas respectivas enfermarias. Portanto, evite circular nas enfermarias bem como saídas do hospital;

JESSICA ALEXANDRE DE ARAUJO  
CRESS - 4624



Hospital Memorial  
São Francisco

## DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: NILTON CESAR BENTO

Data do Procedimento: 02/04/2019

Registro: 133952

IH: 3

Diagnóstico pré-operatório:

Código do procedimento

0408060190

0415040035

0408020407

Cirurgia realizada

OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCLTO: DA MÃO L DO PL

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DI

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: EDUARDO LOPES DE SANTANA

CRM

2156

Anestesiologista: ELIANE MARIA DOS SANTOS PINHEIRO

2417

Instrumentador: EDUARDO

Grau de Contaminação: Infectado

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Sim - SECREÇÃO DO ANTEBRAÇO

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

FIXAÇÃO EXTERNA (G2)

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados

Descrição da cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL NA MESA CIRÚRGICA COLETA DE SECREÇÃO PURULENTO DO ANTEBRAÇO DISTAL ASSEPSSIA E ANTISSEPSSIA CAMPOS OPERATORIOS, OSTEOTOMIA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DEBRIDAMENTO DE MATERIAL DESVITALIZADO, REDUÇÃO CIRÚRGICA E FIXAÇÃO EXTERNA FECHAMENTO

CRM 2156 - EDUARDO LOPES DE SANTANA

02/04/2019 14:22:52

**BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA**

### Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

NILTON CESAR BENTO 133952

IH 3

**Cirurgia Realizada**  
DESRIDAMENTO CIR.+OSTEOTOMIA+TRAT.CIR.FRATURA VICIOSAMENTE CONSOLIDADA DO ANTEBRAÇO ESQ

**Cirurgião**  
**DR. EDUARDO**

1<sup>st</sup> Auxiliar

**2° Auxiliar**

Anestesiologistas  
DRA. ELIANE MSP.

10264/2014

Dra. Elaine M. S. Pinheiro  
Anestesiologia  
CRM/RN - 2417

## HORA

|   |                  |
|---|------------------|
| F | SF 1000 ML       |
| I | RINGER 500 ML 12 |
| U |                  |
| D |                  |
| O |                  |

|                                      |                   |
|--------------------------------------|-------------------|
| M<br>o<br>n<br>i<br>t<br>i<br>n<br>g | ECG               |
|                                      | PANi              |
|                                      | PVC               |
|                                      | Diuresis          |
|                                      | SpO <sub>2</sub>  |
|                                      | ETCO <sub>2</sub> |

V P. Sist.

$\Delta$  P Diast.

● EC

Y PAM

### Exames Laboratoriais

|                   |  |  |  |
|-------------------|--|--|--|
| pH                |  |  |  |
| PaCO <sub>2</sub> |  |  |  |
| HCO <sub>3</sub>  |  |  |  |
| CO                |  |  |  |
| EB2               |  |  |  |
| PaO <sub>2</sub>  |  |  |  |
| SHbO <sub>2</sub> |  |  |  |
| Hb                |  |  |  |
| Hc                |  |  |  |
| Na                |  |  |  |
| K                 |  |  |  |
| Ca                |  |  |  |
| Glucose           |  |  |  |

| DROGAS       |       |      |
|--------------|-------|------|
| FENTANIL     | 1MG   | 1 FR |
| MIDAZOLAN    | 15MG  | 1    |
| NEOCAINA     | 0.5%  |      |
| DIMORF       | 0,2MG |      |
| SUFENTANIL   | 10MCG |      |
| ROCURONIO    | 50MG  |      |
| ATRACURIO    | 25MG  |      |
| PROPOFAN     | 1%    |      |
| EFEDRINA     | 50MG  |      |
| ARAMIN       | 10MG  |      |
| CEFAZOLINA   | 1G    | 2    |
| DIPIRONA     | 1G    | 2    |
| DRAMIN       | 3MG   | 1    |
| DEXAMETASONA | 10MG  | 1    |
| RANITIDINA   | 50MG  | 1    |
| ONDASETRONA  | 8MG   |      |
|              |       |      |
|              |       |      |
|              |       |      |
| ROPIVACAINA  | 1.0   | 1 FR |
| XILOCAINA 2  | 2.0   | 1 FR |
|              |       |      |
|              |       |      |

TECNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL POR VIA INTERESCALENICA COM SEDAÇÃO

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

LOCAL DA PUNÇÃO INTERESCALENICO

NIVEL ANESTESIA

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSICÃO: Antes:

#### APARELHO

## TÉCNICA ABERTO

OXIGENAÇÃO/INTUBAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMATICANAC

SONDA

**CUFF**

**INDUÇÃO:**

## MANUTENÇÃO

CONDIÇÃO FINAL: BOA

REFLEXOS: SIM

CONSCIÊNCIA: SIM

## BALANÇO

OXIGÊNIO UM LITRO POR MIN + JELCO 20

## OBSERVAÇÕES

MONITORIZAÇÃO OXÍMETRO CARDIOSCÓPIO INJE CATETER NASAL

**DURAÇÃO:** 1 H 20 MIN

INICIO: 12:30

**FINAL** 13:50

Dr. Elmer M. S. Pridmore  
Anesthesiologist  
CPRM/PCN - 2417

# PROTOCOLO EXPURGO - 2019

PACIENTE: Milton Elias Bento  
CIRURGIÃO: DR. EDUARDO

DATA: 02-04-19

TEC: Patricia Moreira

## ETIQUETAS:

REY FIO AZUL  
LOTE: 167  
QTD PQAS: 10 C/ BISTURE N  
DATA: 30/03/19  
VALIDADE: 26/09/19  
Resp.Preparo: TECIANA  
MAR. L/ GARRAS  
LOTE: 168  
QTD PQAS: 20  
DATA: 30/03/19  
VALIDADE: 26/09/19  
Resp.Preparo: ANDERSON

LAP CC  
LOTE: 175  
QTD PQAS: 8  
DATA: 01/04/19  
VALIDADE: 28/09/19  
Resp.Preparo: IVANY  
ORTOPEDICA PRETA  
LOTE: 182  
QTD PQAS: 12  
DATA: 28/03/19  
VALIDADE: 24/09/19  
Resp.Preparo: KEILIANA

STRYKER VERDE  
LOTE: 174  
QTD PQAS: 3  
DATA: 01/04/19  
VALIDADE: 28/09/19  
Resp.Preparo: KEILIANA

PACIENTE:

CIRURGIÃO:

DATA:

ETIQUETAS:

TEC:

PACIENTE:

CIRURGIÃO:

DATA:

ETIQUETAS:

TEC:



Comprovante de Alto Custo ( ) Comprovante de Material Estéril (X)

Paciente: Nilton César Bento Nº Reg.: 133952  
Cirurgião: DRº Eduardo Data: 02-08-19  
Procedimento: Fratura de Intervertebral Leito: 01

CAIXA: STRYKER VERDE  
QUANTIDADE: 3  
DATA: 01/04/19 VALIDADE: 28/09/19  
MEDICO:  
LOTE: 174  
Resp.Preparo: KEILIANA  
Resp.Téc.: ENFª ANDRESSA KALINE  
Processo Esterilização à Vapor saturado

**MEMORIAL**

CAIXA: MAO C/ GARRAS  
QUANTIDADE: 29  
DATA: 30/03/19 VALIDADE: 26/09/19  
MEDICO:  
LOTE: 168  
Resp.Preparo: ANDERSON  
Resp.Téc.: ENFª Graciele Araújo  
Processo Esterilização à Vapor saturado

**MEMORIAL**

CAIXA: RET. FIO AZUL  
QUANTIDADE: 10 C/ BISTURE Nº 04  
DATA: 30/03/19 VALIDADE: 26/09/19  
MEDICO:  
LOTE: 167  
Resp.Preparo: TECIANA  
Resp.Téc.: ENFª Graciele Araújo  
Processo Esterilização à Vapor saturado

**MEMORIAL**

CAIXA: LAP CC  
QUANTIDADE: 9  
DATA: 01/04/19 VALIDADE: 28/09/19  
MEDICO:  
LOTE: 175  
Resp.Preparo: IVANY  
Resp.Téc.: ENFª ANDRESSA KALINE  
Processo Esterilização à Vapor saturado

**MEMORIAL**

CAIXA: ORTOPEDICA PRETA  
QUANTIDADE: 12  
DATA: 28/03/19 VALIDADE: 24/09/19  
MEDICO:  
LOTE: 162  
Resp.Preparo: KEILIANA  
Resp.Téc.: ENFª Graciele Araújo  
Processo Esterilização à Vapor saturado

**MEMORIAL**

|        |     |        |      |      |        |      |
|--------|-----|--------|------|------|--------|------|
| 019    | 03  | 19     | 02   | 0319 | 200319 | 3:03 |
| 300319 | 168 | 00     | 019  | 1    | 200319 | 16   |
| 000    | 00  | 0319   | 03   | 3    | 0319   | 3:03 |
| 0019   | 172 | 250319 | 153  | 3    | 0319   | 107  |
| 000    | 00  | 0008   | 0753 |      |        |      |

Enfermeiro(a) e/ou Téc. Enf.: \_\_\_\_\_  
Carimbo e Assinatura



**BOLETIM DE SALA**  
Dados do paciente

Data: 11/04/2019 11:01

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Convênio: SUS ESTADUAL

Local : SALA 003

Registro: **133952**

Nº: 119.92176

Início: 02/04/2019 12:30 Fim: 02/04/2019 13:50

**Cirurgia:** TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DI  
OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE  
DESRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Cirurgia Principal  
Mesma Via de Acesso  
Mesma Via de Acesso

**Equipe:**

Cirurgião

Anestesiista

Instrumentador

Circulante

EDUARDO LOPES DE SANTANA  
ELIANE MARIA DOS SANTOS PINHEIRO  
CARLOS EDUARDO MACIEL BEZERRA  
NAYARA SOARES DE OLIVEIRA

| CRM     | Especialidade           | CPF         |
|---------|-------------------------|-------------|
| 2156    | ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA | 12411337434 |
| 2417    | ANESTESIOLOGIA          | 27656063668 |
| 1053924 | TECNICO ENFERMAGEM      | 04684088430 |
| 706819  | TECNICO ENFERMAGEM      | 08833825401 |

**MATERIAL**

| Código | Descrição                               | QTD | UND |
|--------|-----------------------------------------|-----|-----|
| 60392  | AGULHA DESCARTAVEL 25X7                 | 1   | UND |
| 208953 | AGULHA DESCARTAVEL 25X8                 | 1   | UND |
| 60418  | AGULHA DESCARTAVEL 40X12                | 1   | UND |
| 64486  | BARBEADOR DESCARTAVEL                   | 2   | UND |
| 61473  | CATETER PIOXIGENIO TIPO OCULOS          | 1   | UND |
| 61989  | ELETRODO DESCARTAVEL                    | 5   | UND |
| 60131  | EQUIPO MACROGOTAS C/INJ.FLEXIVEL        | 1   | UND |
| 65037  | ESPARADRAPO 10CM X 4.5                  | 100 | CM  |
| 57246  | FIXADOR EXTERNO P/ PUNHO                | 1   | UND |
| 62278  | GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL        | 12  | PCT |
| 62364  | GORRO DESCARTAVEL                       | 2   | UND |
| 61940  | JELCO 22 G COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA | 1   | UND |
| 62280  | LAMINA DE BISTURI N.15                  | 1   | UND |
| 60148  | LAMINA DE BISTURI N.20                  | 1   | UND |
| 62840  | LUVA CIR DESC EST 7,5                   | 2   | PAR |
| 62428  | LUVA CIR DESC EST 8,0                   | 4   | PAR |
| 62783  | MASCARA DESC C/ ELASTICO                | 2   | UND |
| 65306  | MASCARA DESC C/ TIRAS                   | 2   | UND |
| 62887  | MICROPORE 2,5CM X 10 METROS             | 50  | CM  |
| 61172  | MICROPORE 5,0CM X 10 METROS             | 50  | CM  |
| 50621  | MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM            | 3   | UND |
| 63209  | SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA     | 2   | UND |
| 63216  | SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA     | 3   | UND |
| 62475  | SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA      | 5   | UND |
| 65313  | TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL             | 2   | UND |
| 207306 | TRANSOFIX                               | 1   | UND |

**MEDICAMENTOS**

| Código | Descrição                             | QTD | UND |
|--------|---------------------------------------|-----|-----|
| 326    | AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA         | 7   | AMP |
| 8148   | CEFAZOLINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA    | 2   | UND |
| 11185  | CETAMINA 57,67MG-ML 10ML FA (KETAMIN) | 1   | ML  |
| 12764  | CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%            | 100 | MM  |
| 12598  | CLOREXIDINA AQUOSA 0,2%               | 50  | ML  |
| 11689  | DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMPOLA      | 1   | AMP |
| 6943   | DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN)    | 1   | AMP |
| 11067  | DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA              | 2   | AMP |
| 6294   | FENTANILA,CITRATO 10ML FRASCO AMPOLA  | 1   | ML  |
| 1485   | LIDOCAINA 2% SEM VASO 20ML            | 1   | AMP |
| 3080   | MIDAZOLAM 15MG (5MG/ML) AMPOLA        | 1   | AMP |
| 11304  | RANITIDINA 50MG (25MG/ML) AMPOLA      | 1   | UND |
| 7886   | ROPIVACAINA 10MG/ML- 20ML (NAROPIN)   | 1   | UND |
| 641    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000ML          | 1   | UND |
| 8718   | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML           | 4   | UND |
| 11139  | TRAMADOL 100MG (50MG/ML) AMPOLA       | 1   | AMP |

**TAXAS**

| Código | Descrição                                 |
|--------|-------------------------------------------|
| 90711  | TAXA OXIGENIO SOB PRESSAO 1/4             |
| 90553  | TAXA OXIMETRO                             |
| 91856  | TAXA MONITOR DE PRESSAO                   |
| 91752  | TAXA DE SALA CIRURGICA PORTE ANESTESICO 5 |
| 92328  | TAXA RECUP POS-ANEST PORTE-00             |

*Carlos Eduardo*

ENFERMEIRO

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

Data: 02/04/2019 14:28

**Dados do Paciente**

Registro: **133952** IH: **3**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Nascimento: **04/03/1972**

**47 anos**

Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Leito: **LEITO RESERVA 01**

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**

Tipo: BLOQUEIO E PLEXO

Anestesiologista: DRª ELIANE

Tipo: OSTEOTOMIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

Cirurgião: DR. EDUARDO

Instrumentador: EDUARDO

Circulante: NAYARA

Tipo curativo: OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA G2

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM Oº AMBIENTE, DEAMBULANDO, EM JEJUM PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE OSTEOTOMIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, APRESENTA COM MSE IMOBILIZADO COM TALA GESSADA, EM MSD CIATRIZ DE PROCEDIMENTO DE OUTRAS DATAS, PUNCIONADO EM MSD COM JELCO Nº 22 VIAB SF 0,9%, COLETADO SWAB PARA CULTURA. PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM º AMBIENTE, FERIDA OPERATORIA COM FIXADOR EXTERNO, SEM MAS ALERACOES SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE LANTAO.

**FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

**CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

Pontencial de Contaminação: Limpa

*Nayara Soares*

NAYARA SOARES DE OLIVEIRA  
Técnico(a) COREN - 706919



Hospital Memorial  
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

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

L = 308 B

## PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

### Dados do Paciente

Registro: 133952 IH: 3 Paciente: NILTON CESAR BENTO

Nascimento: 04/03/1972 47 anos Internação: 02/04/2019 08:22:06 Leito: LEITO RESERVA 01

### ANTES DO ATO CIRÚRGICO

02/04/2019 10:00:00 COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

Observações:

CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE OSEOTOMIA DE ANTEBRAÇO EM MSE. NEGA HAS+AM+DM ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(A) COM CATETER VENOSO EM MSD Nº 20 VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente: NÃO

Há reserva sanguínea: NÃO

Prótese: NÃO

Jóias: NÃO

Membro e lado da cirurgia: MSE

Exame Laboratorial: SIM

Risco Cirúrgico: NÃO

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 1

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

COREN - 819960 - SARA BORGES LOPES DA SILVA

### SRPA

Nível consciência: ORIENTADO

Oxigenoterapia: O²AMBIENTE

Acesso venoso: SIM

Diurese: SIM

Acianótico: NÃO

Pálido: NÃO

Sudorese: NÃO

Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO

Raio X de Controle: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI DE ANTEBRAÇO, CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP. VIABILIZANDO SF0,9%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA. PRECISA REALIZAR RX DE CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO MAQUEIRO E TEC. DE ENFERMAGEM. VERIFICADO SSVV: PA=121X79 MMHG, FC= 80 BPM, T= °C, SPO2= 99 %

Assinatura Responsável

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**  
Convênio: **SUS ESTADUAL**  
Unidade: **UNIDADE II**  
Leito: **LEITO-RESERVA-04 308B**  
Admissão: **02/04/19 08:22**  
Diag.: **S62 - Fratura ao nível do punho e da mão**

Reg.: **133952**

Idade: **47 anos**  
Prontuário:  
Peso: **78,0 kg** Altura: **1,79m**

**0 dia(s) de internação**

| Nota: As seguintes subdivisões:

|                                                                                                                         | Horários de Aplicação                           | 2156 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|------|
| 02/04/2019 14:13                                                                                                        | D0 (SN)                                         |      |
| 1) DIETA LIVRE, Ao dia                                                                                                  | D0 22:00                                        |      |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML<br>Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.                                     | D0 00:00, 08:00, 16:00                          |      |
| 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola<br>Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.                          | D0 18:00, 06:00<br><i>esquema</i>               |      |
| 4) RANITIDINA 150mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.                                          | D0 18:00, 00:00, 06:00, 12:00<br><i>esquema</i> |      |
| 5) DÍPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>DILUIR EM 8 ML DE ABD                  | D0 (SN)                                         |      |
| 6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.                                    | D0 22:00                                        |      |
| 7) RIVAROXABANA 15MG comprimido<br>..... 1 comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.<br>06H APÓS CIRURGIA. | D0                                              |      |
| 8)                                                                                                                      | D0 16:00, 00:00, 08:00<br><i>esquema</i>        |      |
| 9) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 08 em 08 horas                                                                          | D0 (MARE)                                       |      |
| 10) CURATIVO, Ao dia                                                                                                    | D0 (SN)                                         |      |
| 11) SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), Se necessário                                                                        |                                                 |      |

*Eduardo*

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

| CURATIVOS <sup>(GTM/TQT)</sup><br>AVC/VO/UPP/LESÕES TRAUM | M                           | T                           | N        | SONDAS                 | M        | T        | N        | MEDICAÇÕES             | M                | T         | N        |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------|------------------------|----------|----------|----------|------------------------|------------------|-----------|----------|
| LUVA ESTÉRIL (PAR)                                        |                             |                             |          | LUVA ESTÉRIL(par)      |          |          |          | LUVA DE PROC(PAR)      |                  |           |          |
| LUVA DE PROC(PAR)                                         |                             |                             |          | LUVA PROC.(PAR)        |          |          |          | SERINGA 1CC            |                  |           |          |
| GAZE (PCT C/ 10)                                          |                             |                             |          | GAZE (PCT C/10)        |          |          |          | SERINGA 5cc            |                  |           |          |
| MÁSCARA                                                   |                             |                             |          | SONDA ____ Nº ____     |          |          |          | SERINGA 10cc           |                  |           |          |
| COMPRESSA (UN)                                            |                             |                             |          | SONDA ____ Nº ____     |          |          |          | SERINGA 20cc           |                  |           |          |
| ATAD. CREPOM                                              |                             |                             |          | LIDOCAÍNA GEL          |          |          |          | AGULHA 40X12           |                  |           |          |
| SERINGA TAM. ____                                         |                             |                             |          | SERINGA 20CC           |          |          |          | AGULHA 25X7            |                  |           |          |
| SF. 0,9% 100 ml                                           |                             |                             |          | ABD(10ML)              |          |          |          | ABD 10 ML              |                  |           |          |
| SF. 0,9% 10 ml                                            |                             |                             |          | COLETOR FECHADO        |          |          |          | SF 0,9%                |                  |           |          |
| CLOREX. AQUOSA(ML)                                        |                             |                             |          | COLETOR ABERTO         |          |          |          | SF 0,9%                |                  |           |          |
| CLOREX. ALCOOLICA                                         |                             |                             |          | AGULHA                 |          |          |          | SF 0,9%                |                  |           |          |
| MICROPORE (CM)                                            |                             |                             |          | CLOREX DEGERM.         |          |          |          |                        |                  |           |          |
| ESPARADRAPO(CM)                                           |                             |                             |          | CLOREX AQUOSA          |          |          |          | <b>DISP. URINÁRIO</b>  | <b>M</b>         | <b>T</b>  | <b>N</b> |
| LÂMINA Nº ____                                            |                             |                             |          | SF 0,9%. ____ ML       |          |          |          | PRESERVATIVO MASC.     |                  |           |          |
| DERSANI (10 ml)                                           |                             |                             |          | MÁSCARA                |          |          |          | COLETOR ABERTO         |                  |           |          |
| SAF- GEL (5gr)                                            |                             |                             |          |                        |          |          |          | MICROPORE (CM)         |                  |           |          |
| SOLOSITE (5gr)                                            |                             |                             |          | <b>PUNÇÃO</b>          | <b>M</b> | <b>T</b> | <b>N</b> | LUVA PROC.(PAR)        |                  |           |          |
| PURILON (5gr)                                             |                             |                             |          | LUVA PROC. (PAR)       |          |          |          | <b>LAVAGEM INTEST.</b> | <b>M</b>         | <b>T</b>  | <b>N</b> |
| DUODERM EF 10X10                                          |                             |                             |          | JELCO Nº 18            |          |          |          | EQUIPO MACRO           |                  |           |          |
| DUODERM EF 15X15                                          |                             |                             |          | JELCO Nº 20            |          |          |          | LIDOCAINA GEL          |                  |           |          |
| DUODERM CGF                                               |                             |                             |          | JELCO Nº 22            |          |          |          | MICROPORE (cm)         |                  |           |          |
| KALTOSTAT                                                 |                             |                             |          | JELCO Nº 24            |          |          |          | LUVA PROC.(PAR)        |                  |           |          |
| CARBOFLEX                                                 |                             |                             |          | ATADURA CREPON         |          |          |          |                        |                  |           |          |
| AQUACEL TAM                                               |                             |                             |          | EQUIPO MACRO           |          |          |          | <b>EQUIPOS</b>         | <b>M</b>         | <b>T</b>  | <b>N</b> |
| IV 3000                                                   |                             |                             |          | POLIFIX                |          |          |          | EQUIPO BIC DIETA       |                  |           |          |
| IRRIGAFIX                                                 |                             |                             |          | ALCOOL 70%(ML)         |          |          |          | EQUIPO BIC MED         |                  |           |          |
|                                                           |                             |                             |          | MICROPORE (cm)         |          |          |          | EQUIPO DE TRANSF.      |                  |           |          |
|                                                           |                             |                             |          | ESPARADRAPO (cm)       |          |          |          |                        |                  |           |          |
| ASS. RESPONSÁVEL:                                         |                             |                             |          | SCALP                  |          |          |          |                        |                  |           |          |
| <b>ASPIRAÇÃO</b>                                          | <b>M</b>                    | <b>T</b>                    | <b>N</b> | <b>SALIN./HIDRA./</b>  | <b>M</b> | <b>T</b> | <b>N</b> | <b>HORA</b>            | <b>RESULTADO</b> |           |          |
|                                                           |                             |                             |          | <b>HEP./DO CATETER</b> |          |          |          |                        |                  | INSULINA? | GLICO?   |
| SONDA DE ASPIRAÇÃO                                        |                             |                             |          | SF 0,9% 10ml           |          |          |          |                        |                  | → ____ UI |          |
| GAZE (PCT C/ 10)                                          |                             |                             |          | ABD (10ML)             |          |          |          |                        |                  | → ____ UI |          |
| SF.0,9% 10 ml                                             |                             |                             |          | HEPARINA (1ML)         |          |          |          |                        |                  | → ____ UI |          |
| ABD                                                       |                             |                             |          | SERINGA TAM ____       |          |          |          |                        |                  | → ____ UI |          |
| LUVA ESTÉRIL (par)                                        |                             |                             |          | AGULHA Nº ____         |          |          |          |                        |                  | → ____ UI |          |
|                                                           |                             |                             |          | LUVA ESTÉRIL (PAR)     |          |          |          |                        |                  | → ____ UI |          |
| <b>OUTROS</b>                                             | <b>M</b>                    | <b>T</b>                    | <b>N</b> | <b>OUTROS</b>          | <b>M</b> | <b>T</b> | <b>N</b> |                        |                  | → ____ UI |          |
|                                                           |                             |                             |          |                        |          |          |          |                        |                  | → ____ UI |          |
|                                                           |                             |                             |          |                        |          |          |          |                        |                  | → ____ UI |          |
| ASS. TEC ATRIBUIDO <b>M</b>                               | ASS. TEC ATRIBUIDO <b>T</b> | ASS. TEC ATRIBUIDO <b>N</b> |          | VISTO ENFERMEIROS      |          |          | DATA     |                        |                  |           |          |
|                                                           |                             |                             |          | MANHÃ                  | TARDE    | NOITE    |          |                        |                  |           |          |

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: NILTON GESAR BENTO  
Convênio: SUS ESTADUAL  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 308B  
Admissão: 02/04/19 08:22  
Diag.: S62 - Fratura ao nível do punho e da mão

Idade: 47 anos  
Reg.: 133952  
Prontuário:  
Peso: 78,0 kg Altura: 1,79m

0 dia(s) de internação

| Nota: As seguintes subdivisões são:

| 02/04/2019 19:00 |                                                                                                                   | Solic. (Estoque): 119.47421 | Horários de Aplicação   | 2153 |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|------|
| 1)               | DIETA LIVRE, Ao dia                                                                                               |                             | (SND)                   |      |
| 2)               | SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML<br>Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.                                  |                             | 22:00                   |      |
| 3)               | CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola<br>Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.                       |                             | 00:00 08:00 16:00       |      |
| 4)               | RANITIDINA 150mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.                                       |                             | 06:00 18:00             |      |
| 5)               | DIPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>DILUIR EM 8 ML DE ABD               |                             | 00:00 06:00 12:00 18:00 |      |
| 6)               | METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.                                 |                             | (SN)                    |      |
| 7)               | RIVAROXABANA 15MG comprimido ..... 1 comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.<br>06H APÓS CIRURGIA. |                             | 22:00                   |      |
| 8)               |                                                                                                                   |                             | 00:00 08:00 16:00       |      |
| 9)               | SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 08 em 08 horas                                                                     |                             | (MANHÃ)                 |      |
| 10)              | CURATIVO, Ao dia                                                                                                  |                             | (SN)                    |      |
| 11)              | SONDA VESICAL DE ALIVIO ( SVA ), Se necessário                                                                    |                             |                         |      |

*Eduardo*

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
CRM - 2156

| CURATIVOS (GTM/TGT<br>AVC/PO/UPP/LESÕES TRAUM) | M                                   | T | N | SONDAS                            | M                 | T     | N     | MEDICAÇÕES         | M                                   | N                                   |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|---|---|-----------------------------------|-------------------|-------|-------|--------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| LUVA ESTÉRIL (PAR)                             | I                                   |   |   | LUVA ESTÉRIL(par)                 |                   |       |       | LUVA DE PROC(PAR)  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| LUVA DE PROC(PAR)                              | I                                   |   |   | LUVA PROC.(PAR)                   |                   |       |       | SERINGA 1CC        |                                     |                                     |
| GAZE (PCT C/ 10)                               | <input checked="" type="checkbox"/> |   |   | GAZE (PCT C/10)                   |                   |       |       | SERINGA 5cc        |                                     |                                     |
| MÁSCARA                                        | I                                   |   |   | SONDA ____ Nº ____                |                   |       |       | SERINGA 10cc       | L                                   | L                                   |
| COMPRESSA (UN)                                 | I                                   |   |   | SONDA ____ Nº ____                |                   |       |       | SERINGA 20cc       |                                     |                                     |
| ATAD. CREPOM                                   | 10                                  | M |   | LIDOCAÍNA GEL                     |                   |       |       | AGULHA 40X12       | E                                   | L                                   |
| SERINGA TAM. ____                              |                                     |   |   | SERINGA 20CC                      |                   |       |       | AGULHA 25X7        |                                     |                                     |
| SF. 0,9% 100 ml                                | I                                   |   |   | ABD(10ML)                         |                   |       |       | ABD 10 ML          | L                                   | L                                   |
| SF. 0,9% 10 ml                                 |                                     |   |   | COLETOR FECHADO                   |                   |       |       | SF 0,9%            |                                     |                                     |
| CLOREX. AQUOSA (ML)                            |                                     |   |   | COLETOR ABERTO                    |                   |       |       | SF 0,9%            |                                     |                                     |
| CLOREX. ALCOOLICA                              |                                     |   |   | AGULHA                            |                   |       |       | SF 0,9%            |                                     |                                     |
| MICROPORE (CM)                                 | Joan                                |   |   | CLOREX DEGERM.                    |                   |       |       |                    |                                     |                                     |
| ESPARADRAPO(CM)                                |                                     |   |   | CLOREX AQUOSA                     |                   |       |       | DISP. URINÁRIO     | M                                   | N                                   |
| LÂMINA Nº ____                                 |                                     |   |   | SF 0,9%. ____ ML                  |                   |       |       | PRESERVATIVO MASC. |                                     |                                     |
| DERSANI (10 ml)                                |                                     |   |   | MÁSCARA                           |                   |       |       | COLETOR ABERTO     |                                     |                                     |
| SAF- GEL (5gr)                                 |                                     |   |   |                                   |                   |       |       | MICROPORE (CM)     |                                     |                                     |
| SOLOSITE (5gr)                                 |                                     |   |   | <b>PUNÇÃO</b>                     | M                 | T     | N     | LUVA PROC.(PAR)    |                                     |                                     |
| PURILON (5gr)                                  |                                     |   |   | LUVA PROC. (PAR)                  |                   |       |       | LAVAGEM INTEST.    | M                                   | N                                   |
| DUODERM EF 10X10                               |                                     |   |   | JELCO Nº 18                       |                   |       |       | EQUIPO MACRO       |                                     |                                     |
| DUODERM EF 15X15                               |                                     |   |   | JELCO Nº 20                       |                   |       |       | LIDOCAINA GEL      |                                     |                                     |
| DUODERM CGF                                    |                                     |   |   | JELCO Nº 22                       |                   |       |       | MICROPORE (cm)     |                                     |                                     |
| KALTOSTAT                                      |                                     |   |   | JELCO Nº 24                       |                   |       |       | LUVA PROC.(PAR)    |                                     |                                     |
| CARBOFLEX                                      |                                     |   |   | ATADURA CREPON                    |                   |       |       |                    |                                     |                                     |
| AQUACEL TAM                                    |                                     |   |   | EQUIPO MACRO                      |                   |       |       | <b>EQUIPOS</b>     | M                                   | N                                   |
| IV 3000                                        |                                     |   |   | POLIFIX                           |                   |       |       | EQUIPO BIC DIETA   |                                     |                                     |
| IRRIGAFIX                                      |                                     |   |   | ALCOOL 70%(ML)                    |                   |       |       | EQUIPO BIC MED     |                                     |                                     |
|                                                |                                     |   |   | MICROPORE (cm)                    |                   |       |       | EQUIPO DE TRANSF.  |                                     |                                     |
|                                                |                                     |   |   | ESPARADRAPO (cm)                  |                   |       |       |                    |                                     |                                     |
| ASS. RESPONSÁVEL: <i>Joan</i>                  |                                     |   |   | SCALP                             |                   |       |       |                    |                                     |                                     |
| <b>ASPIRAÇÃO</b>                               | M                                   | T | N | SALIN./HIDRÁ./<br>HEP./DO CATETER | M                 | T     | N     |                    |                                     |                                     |
| SONDA DE ASPIRAÇÃO                             |                                     |   |   | SF 0,9% 10ml                      |                   |       |       |                    | →                                   | UI                                  |
| GAZE (PCT C/ 10)                               |                                     |   |   | ABD (10ML)                        |                   |       |       |                    | →                                   | UI                                  |
| SF.0,9% 10 ml                                  |                                     |   |   | HEPARINA (1ML)                    |                   |       |       |                    | →                                   | UI                                  |
| ABD                                            |                                     |   |   | SERINGA TAM ____                  |                   |       |       |                    | →                                   | UI                                  |
| LUVA ESTÉRIL (par)                             |                                     |   |   | AGULHA Nº ____                    |                   |       |       |                    | →                                   | UI                                  |
|                                                |                                     |   |   | LUVA ESTÉRIL (PAR)                |                   |       |       |                    | →                                   | UI                                  |
| <b>OUTROS</b>                                  | M                                   | T | N | <b>OUTROS</b>                     | M                 | T     | N     |                    | →                                   | UI                                  |
|                                                |                                     |   |   |                                   |                   |       |       |                    | →                                   | UI                                  |
|                                                |                                     |   |   |                                   |                   |       |       |                    | →                                   | UI                                  |
| ASS. TEC ATRIBUÍDO M                           | ASS. TEC ATRIBUÍDO T                |   |   | ASS. TEC ATRIBUÍDO N              | VISTO ENFERMEIROS |       |       | DATA:              |                                     |                                     |
| <i>Wedy</i>                                    | <i>Wedy</i>                         |   |   | <i>Wedy</i>                       | MANHÃ             | TARDE | NOITE |                    |                                     |                                     |



## Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: NILTON CESAR BENTO  
Convênio: SUS ESTADUAL  
Unidade: UNIDADE III  
Leito: ENFERMARIA 308B  
Admissão: 02/04/19 08:22  
Diag.: S62 - Fratura ao nível do punho e da mão |

Idade: 47 anos  
Reg.: 133952  
Prontuário:  
Peso: 78,0 kg Altura: 1,77 m  
1 dia(s) de internação  
Nota: As seguintes subdivisões:

| 03/04/2019 19:00                                                                                                     | Solic. (Estoque): 119.48030 | Horários de Aplicação      | 11 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----|
| 1) DIETA LIVRE, Ao dia                                                                                               |                             | (SND)                      |    |
| 2) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML<br>Uso: 01 frasco, via endovenosa, 08 em 08 horas.                                  |                             | 22:00                      |    |
| 3) CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola<br>Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.                       |                             | 06:00, 08:00, 16:00        |    |
| 4) RANITIDINA 150mg comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, 12 em 12 horas.                                       |                             | 06:00, 18:00               |    |
| 5) DIPIRONA 500mg/mL ampola<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.<br>DILUIR EM 8 ML DE ABD               |                             | 06:00, 08:00, 12:00, 18:00 |    |
| 6) METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL<br>Uso: 1 ampola, via endovenosa, Se necessário.                                 |                             | (SM)                       |    |
| 7) RIVAROXABANA 15MG comprimido ..... 1 comprimido<br>Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.<br>06H APÓS CIRURGIA. |                             | 22:00                      |    |
| 8) SINAIS VITAIS ( SSVV + CCGG ), 08 em 08 horas                                                                     |                             | 06:00, 08:00, 16:00        |    |
| 9) CURATIVO, Ao dia                                                                                                  |                             | (MANHA)                    |    |
| 10) SONDA VESICAL DE ALIVIO ( SVA ), Se necessário                                                                   |                             | (SN)                       |    |

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
CRM - 2156



### Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**  
Convênio: **SUS ESTADUAL**  
Unidade: **UNIDADE III**  
Leito: **ENFERMARIA 308B**  
Admissão: **02/04/19 08:22**  
Diag.: **S62 - Fratura ao nível do punho e da mão**

Reg.: **133952**  
Idade: **47 anos**  
Prontuário:  
Peso: **78,0 kg** Altura: **1,79**

**2 dia(s) de internação**

**Nota: As seguintes subdivisões**

04/04/2019 14:04

Horários de Aplicação

2156

1) ALTA HOSPITALAR, A Tarde

D0

Dr. EDUARDO LOPES DE SANTANA  
CRM , 2156

| CURATIVOS (GTM/TOT<br>AVC/FD/UPP/LESÕES TRAUM) | M    | T | N | SONDAS                            | M | T | N | MEDICAÇÕES         | M                   | T     | N              |
|------------------------------------------------|------|---|---|-----------------------------------|---|---|---|--------------------|---------------------|-------|----------------|
| LUVA ESTÉRIL (PAR)                             | 1    |   |   | LUVA ESTÉRIL(par)                 |   |   |   | LUVA DE PROC(PAR)  |                     | 1     | 1              |
| LUVA DE PROC(PAR)                              | 1    |   |   | LUVA PROC.(PAR)                   |   |   |   | SERINGA 1CC        |                     |       |                |
| GAZE (PCT C/ 10)                               | 1    |   |   | GAZE (PCT C/10)                   |   |   |   | SERINGA 5cc        |                     |       |                |
| MÁSCARA                                        | 1    |   |   | SONDA ____ Nº ____                |   |   |   | SERINGA 10cc       | 1                   | 1     | 1              |
| COMPRESSA (UN)                                 | 1    |   |   | SONDA ____ Nº ____                |   |   |   | SERINGA 20cc       |                     |       |                |
| ATAD. CREPOM 10                                | 1    |   |   | LIDOCAÍNA GEL                     |   |   |   | AGULHA 40X12       | 1                   | 1     | 1              |
| SERINGA TAM. ____                              |      |   |   | SERINGA 20CC                      |   |   |   | AGULHA 25X7        |                     |       |                |
| SF. 0,9% 100 ml                                | 1    |   |   | ABD(10ML)                         |   |   |   | ABD 10 ML          | 1                   | 1     | 1              |
| SF. 0,9% 10 ml                                 |      |   |   | COLETOR FECHADO                   |   |   |   | SF 0,9%            |                     |       |                |
| CLOREX. AQUOSA(ML)                             |      |   |   | COLETOR ABERTO                    |   |   |   | SF 0,9%            |                     |       |                |
| CLOREX. ALCOOLICA                              |      |   |   | AGULHA                            |   |   |   | SF 0,9%            |                     |       |                |
| MICROPORE (CM)                                 |      |   |   | CLOREX DEGERM.                    |   |   |   |                    |                     |       |                |
| ESPARADRAPO(CM)                                | 10cc |   |   | CLOREX AQUOSA                     |   |   |   | DISP. URINÁRIO     | M                   | T     | N              |
| LÂMINA Nº ____                                 |      |   |   | SF 0,9%. ____ ML                  |   |   |   | PRESERVATIVO MASC. |                     |       |                |
| DERSANI (10 ml)                                |      |   |   | MÁSCARA                           |   |   |   | COLETOR ABERTO     |                     |       |                |
| SAF- GEL (5gr)                                 |      |   |   |                                   |   |   |   | MICROPORE (CM)     |                     |       |                |
| SOLOSITE (5gr)                                 |      |   |   | PUNÇÃO                            | M | T | N | LUVA PROC.(PAR)    |                     |       |                |
| PURILON (5gr)                                  |      |   |   | LUVA PROC. (PAR)                  |   |   |   | LAVAGEM INTEST.    | M                   | T     | N              |
| DUODERM EF 10X10                               |      |   |   | JELCO Nº 18                       |   |   |   | EQUIPO MACRO       |                     |       |                |
| DUODERM EF 15X15                               |      |   |   | JELCO Nº 20                       |   |   |   | LIDOCAINA GEL      |                     |       |                |
| DUODERM CGF                                    |      |   |   | JELCO Nº 22                       |   |   |   | MICROPORE (cm)     |                     |       |                |
| KALTOSTAT                                      |      |   |   | JELCO Nº 24                       |   |   |   | LUVA PROC.(PAR)    |                     |       |                |
| CARBOFLEX                                      |      |   |   | ATADURA CREPON                    |   |   |   |                    |                     |       |                |
| AQUACEL TAM                                    |      |   |   | EQUIPO MACRO                      |   |   |   | EQUIPOS            | M                   | T     | N              |
| IV 3000                                        |      |   |   | POLIFIX                           |   |   |   | EQUIPO BIC DIETA   |                     |       |                |
| IRRIGAFIX                                      |      |   |   | ALCOOL 70%(ML)                    |   |   |   | EQUIPO BIC MED     |                     |       |                |
|                                                |      |   |   | MICROPORE (cm)                    |   |   |   | EQUIPO DE TRANSF.  |                     |       |                |
|                                                |      |   |   | ESPARADRAPO (cm)                  |   |   |   |                    |                     |       |                |
| ASS. RESPONSÁVEL: <i>[assinatura]</i>          |      |   |   | SCALP                             |   |   |   |                    |                     |       |                |
| ASPIRAÇÃO                                      | M    | T | N | SALIN./HIDRA./<br>HEP./DO CATETER | M | T | N | HORA               | RESULTADO           |       |                |
| SONDA DE ASPIRAÇÃO                             |      |   |   | SF 0,9% 10ml                      |   |   |   |                    | INSULINA? → ____ UI |       | GLUCOSE?       |
| GAZE (PCT C/ 10)                               |      |   |   | ABD (10ML)                        |   |   |   |                    | → ____ UI           |       | ALCOOL         |
| SF.0,9% 10 ml                                  |      |   |   | HEPARINA (1ML)                    |   |   |   |                    | → ____ UI           |       | ALCOOL         |
| ABD                                            |      |   |   | SERINGA TAM ____                  |   |   |   |                    | → ____ UI           |       | ALCOOL         |
| LUVA ESTÉRIL (par)                             |      |   |   | AGULHA Nº ____                    |   |   |   |                    | → ____ UI           |       | ALCOOL         |
|                                                |      |   |   | LUVA ESTÉRIL (PAR)                |   |   |   |                    | → ____ UI           |       | ALCOOL         |
| OUTROS                                         | M    | T | N | OUTROS                            | M | T | N |                    | → ____ UI           |       | ALCOOL         |
|                                                |      |   |   |                                   |   |   |   |                    | → ____ UI           |       | ALCOOL         |
|                                                |      |   |   |                                   |   |   |   |                    | → ____ UI           |       | ALCOOL         |
| ASS. TEC ATRIBUIDO M                           |      |   |   | ASS. TEC ATRIBUIDO T              |   |   |   | VISTO ENFERMEIROS  |                     |       | DATA: 12/04/19 |
|                                                |      |   |   | ASS. TEC ATRIBUIDO N              |   |   |   | MANHÃ              | TARDE               | NOITE |                |



Hospital Memorial  
São Francisco

## Hospital Memorial de Natal

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

### REGISTRO DOS TÉCNICOS

#### Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

IH: **3**

Nascimento: **04/03/1972** **47 anos** Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PÓS DE ANTEBRACO + FIXADOR EXTERNO + DESBRIDAMENT** Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,5 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **140x100**

Frequência Cardíaca: **85**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Acesso Venoso

Dieta

**Periférico**

**VO**

**MSD**

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**APRESENTA SANGRAMENTO EM F.O.**

Medicações:

**ADMINISTRADO MEDICAMENTOS DE HORÁRIO, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

Intercorrência:

COREN: 738286 - WEDILLANIA MARIA DA SILVA  
02/04/2019 20:34 43

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

IH: **3**

Nascimento: **04/03/1972** **47 anos** Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POI DE ANTEBRAÇO E**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **°C**

Saturação O2:

Respiração:

Pressão Arterial:

**x**

Frequência Cardíaca:

Acesso Venoso

Dieta

**Periférico**

**VO**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

**ADM MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CPM**

Intercorrência:

**15:30 PACIENTE EM POI DE ANTEBRAÇO E ADMITIDO O SETOR PROVENIENTE DO CC. CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE. HV EM MSD, RAIOS X NO LEITO. DIETA VO. AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES. SEGUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE.**

  
COREN: 1102796 - KRISHNA TALITTA DE SOUSA LEANDRO PEREIRA  
02/04/2019 15:35:40



Hospital Memorial  
São Francisco

Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: NILTON CESAR BENTO

Registro: 133952

II

Nascimento: 04/03/1972 47 anos Data Internação: 02/04/2019 08:22:06

Leito: ENFERMARIA 308B

Turno: Noturno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: 1º DPO DE OSTEOTOMIA + DESBRIDAMENTO E CO

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normo corado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Temperatura: 36,4 °C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 140x100 Frequência Cardíaca: 64

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSD

BOA ACEITAÇÃO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

CURATIVO LIMPO E OCLUIDO

Medicações:

FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MEDICA

Intercorrência:

SEM INTERCORRENCIAS, COM MSE NA TIPOIA

COREN: 431727 - EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO  
03/04/2019 21:45:10

# Hospital Memorial de Natal

AV. J. A. F. NAL LAMARTINE, 979 - TIROÍ - NATAL/RN  
Fone: (54)3133-4200 / Fax: (54)3132-1228  
E-mail: hospital@voeloxmail.com.br

## REGISTRO DOS TÉCNICOS

### Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

IH: **3**

Nascimento: **04/03/1972** 47 anos Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Impressão Diagnóstica: **POS DE ANATEBRAÇO + FIXADOR EXTERNO + DESBRIDAMEN** Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Medicamentosas: **NEG.**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

**Em O2 Ambiente**

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial:

**140x90**

Frequência Cardíaca:

**85**

Acesso Vascular

Dietas

Preferido

**VO**

MSD

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **PRESENTE**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

ECG

Correção

Correção

Drenos

Data:

Correção

Correção

Tipo:

Correção

Correção

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo

Medicações:

**ADMINISTRADO MEDICAMENTOS DE HORÁRIO, CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.**

Atendimento

**EFICIENTIZADO POR BANHO DE ASPIRÇÃO, TROCADO ROUPAS DE CAMA + PESSOAIS.**



COREN: 738286 - WEDILLANIA MARIA DA SILVA

03/04/2019 09:03:08

## EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

### Dados do Paciente

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

Nº Internação: **3**

Nascimento: **04/03/1972 47 anos** Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Limpeza:

Tipo de Ferida: **HÁ ESCLARECER**

Localização: **PÓS DE #ANTEBRAÇO + FIXADOR EXTERNO + D**

Condições do Leito: **APRESENTANDO EXSUDATO EM CURATIVO ANTI**

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso

☐ Purulento

☒ Sanguinolento

☐ Serossanguinolento

☐ Piosanguinolento

☐ Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

☒ Integra

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Alergica/Dermatite

☐ Macerada

Quantidade: **Médio**

Odor: **Característico**

BORDAS

☐ Distintas

☒ Regulares

☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

S.F 0,9% GAZES, 03 PARES DE LUVAS DE PROCEDIMENTO, 01 PAR DE LUVAS ESTERIL, 02 ATADURAS DE 15CM, 10 CM DE ESPARADRAPO, CAMPO OPERATORIO.

03/04/2019 13:14:30

Técnico(a) COREN - 256755

**MARIA DE FATIMA DE LIMA**

-133952 - 3 - NILTON CESAR BENTO

Limpeza:

Tipo de Ferida: **HÁ ESCLARECER**

Localização: **PÓS DE #ANTEBRAÇO + FIXADOR EXTERNO**

Condições do Leito: **APRESENTANDO EXSUDATO EM CURA**

EXSUDATO DA FERIDA

☐ Seroso

☐ Purulento

☒ Sanguinolento

☐ Serossanguinolento

☐ Piosanguinolento

☐ Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

☐ Integra

☐ Escoriada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Alergica/Dermatite

☐ Macerada

Quantidade: **Médio**

Odor: **Selecione uma op:**

BORDAS

☐ Distintas

☐ Regulares

☐ Irregulares

OBSERVAÇÕES GERAIS

S.F 0,9% GAZES, 03 PARES DE LUVAS DE PROCEDIMENTO, 01 PAR DE LUVAS ESTERIL, 02 ATADURAS DE 15CM, 10 CM DE ESPARADRAPO, CAMPO OPERATORIO.

04/04/2019 12:23:05

Técnico(a) COREN - 11320237

**ANA JULIA DE JESUS AVELINO**

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

**Dados do Paciente**

Paciente: **NILTON CESAR BENTO**

Registro: **133952**

IH: **3**

Nascimento: **04/03/1972** **47 anos** Data Internação: **02/04/2019 08:22:06**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: Diurno

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **POS DE OSTEOTOMIA + DESBRIDAMENTO E COLOCAÇÃO DE** Isolamento de contato: Não

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: NEGA

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: 36,4 °C

Saturação O2: 98%%

Respiração: 20 RPM

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 140x100

Frequência Cardíaca: 64

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: PRESENTE

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

ADM MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CPM

Intercorrência:

PACIENTE DE POS DE OSTEOTOMIA + DESBRIDAMENTO E COLOCAÇÃO DE FIXADOR EM ATB DISTAL ESQ. CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE. HV EM MSD. TOMOU BANHO DE ASPERÇÃO NO WC. AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES. SEGUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

PACIENTE DE SAÍU DE ALTA HOSITALAR. ACOMPANHADO DE FAMILIAR E MAQUEIRO LEVANDO SEUS PERTENCES PESSOAIS.

*krishna Talitta de Sousa*

COREN: 1102796 - KRISHNA TALITTA DE SOUSA LEANDRO PEREIRA

04/04/2019 10:30:06



**VICENTE  
ABREU**

## LABORATÓRIO VICENTE ABREU

Rua da Central, 145 B - Centro - Santo Antônio/RN

Fone: (84) 3282-3111 / 99919-3301

Nova Cruz/RN - (84) 99666-0722 / 99219-6331

São José de Campestre/RN - (84) 99613-6166

Nome.....: NILTON CESAR BENTO 478

Idade.....: 47A 3D

Núm. Atd: 011

Registro.....: 00051075

Data Atendimento: 07/03/2019

Solicitante:

Posto.....: TANGARÁ

Convênio...: TANGARÁ

### HEMOGRAMA COMPLETO

Material: Sangue

Método: Automatizado

#### ERITROGRAMA

Hemácias (milhões/mm<sup>3</sup>).....: 4,90  
Hemoglobina (g/dL).....: 14,00  
Hematócrito (%).....: 41,10  
VCM (u<sup>3</sup>).....: 83,88  
HCM (pg).....: 28,57  
CHCM (%).....: 34,06  
RDW (%).....: 13,10

#### VALORES DE REFERÊNCIA

Masc. 4,5 - 6,0 milhões/mm<sup>3</sup>  
Fem. 4,1 - 5,1 milhões/mm<sup>3</sup>  
Masc. 13,5 - 18,0 g/dL  
Fem. 12,0 - 16,5 g/dL  
Masc. 40,0 - 55,0 %  
Fem. 36,0 - 45,0 %  
80,0 - 99,0 u<sup>3</sup>  
26,0 - 32,0 pg  
32,0 - 36,0 %  
11,5 - 14,5 %

#### LEUCOGRAMA

Leucócitos (/mm<sup>3</sup>).....: 6.800

#### VALORES DE REFERÊNCIA

4.500 - 10.000/mm<sup>3</sup>

Valor Rel. Valor Abs.

Valor Rel. Valor Abs.

Basófilos.....: 0 0  
Eosinófilos.....: 1 68  
Promielócitos.....: 0 0  
Mielócitos.....: 0 0  
Metamielócitos.....: 0 0  
Bastonetes.....: 0 0  
Segmentados.....: 46 3.128  
Linfócitos Típicos.....: 50 3.400  
Linfócitos Atípicos.....: 0 0  
Monócitos.....: 3 204

0 - 2 % 0 - 80  
1 - 5 % 60 - 320  
0 % 0  
0 % 0  
0 - 1 % 0 - 80  
0 - 5 % 120 - 320  
45 - 75 % 3300 - 5200  
22 - 40 % 1200 - 2400  
0 % 0  
2 - 8 % 240 - 640

PLAQUETAS (/mm<sup>3</sup>).....: 273.000

150.000 - 450.000/mm<sup>3</sup>

Os valores dos testes de laboratório sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos, etc.  
Somente seu médico tem condições de interpretar corretamente seus resultados.

Impresso em 07/03/2019 17:44:36

DR. ALISON VINÍCIUS GAMA NAIÁ  
CRF/RN 2729



**VICENTE  
ABREU**

## LABORATÓRIO VICENTE ABREU

Rua da Central, 145 B - Centro - Santo Antônio/RN

Fone: (84) 3282-3111 / 99919-3301

Nova Cruz/RN - (84) 99666-0722 / 99219-6331

São José de Campestre/RN - (84) 99613-6166

Nome.....: NILTON CESAR BENTO 478

Idade.....: 47A 3D

Núm. Atd: 011

Registro.....: 00051075

Solicitante:

Data Atendimento: 07/03/2019

Convênio...: TANGARÁ

Posto.....: TANGARÁ

### COAGULOGRAMA COMPLETO

TEMPO DE COAGULAÇÃO: 5:00 minutos

Referência: 5 a 10 minutos

Método: Lee-White

TEMPO DE SANGRAMENTO: 1:00 minutos

Referência: 1 a 3 minutos

Método: Duke

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 273.000 /mm<sup>3</sup>

Referência: 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup>

Método: Automatizado

TEMPO DE PROTROMBINA(TP): 12,7 seg

Referências:

CONTROLE.....: 12,0 seg

70 A 100 %

ATIVIDADE ENZIMÁTICA.....: 90 %

INR.....: 1,06

ISI.....: 1,02

TTPA.....: 30,0 seg

30,0 a 40,0 seg

CONTROLE.....: 30,0 seg

RELAÇÃO.....: 1,0

Até 1,30

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



*Francisca Oliveira do Nascimento*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.359.253 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/05/2015

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

FILHA DE

FERNANDO FERREIRA DO NASCIMENTO

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO

NATURALIDADE PARNATIBA PI DATA DE NASCIMENTO 26/11/1978

OSRT-DE-CAS-DIV L-823 F-165 RG-3380

PARNAIBA PI-1 CARTORIO

983.980.303-34

*Josebias Ferreira do N. Junior* 2a. VIA

Coordenador de Identificação TTEP/RA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - RN 12390 // 00946Nº 015158183850  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAL 00451696662 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2020

NILTON CESAR BENTO

CPF / CNPJ 838.185.024-04

PLACA NOA8011

PLACA ANT / UF NOA8011/RN

CHASSI 9C2JC4110CR492939

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PASSEIRO/OTOCAR/ETV/NAO FLETO/AVI

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA/CG 125 FAN KS

2012

2012

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

OCV/124 CILINDRADAS

PARTICULAR

ROXA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAS

R\$ 0.00

06/02/2020

1º PAGO

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º PAGO

A 002844 3X

R\$ \*\*\*\*\*

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\* TAXAS DETRAN: PAGO \*\*\* DEPTAT: PAGO

OBSERVAÇÕES

MOTOR: JC41ETC492939 DE PORTE OBRIGATORIO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

TANGARA/RN



Carlos Sávio de Silva  
Coordenador de Registro de Veículos  
DETRAN - RN

DATA 06/02/2020

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

RN Nº 015158183850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2020 DATA EMISSÃO 06/02/2020

VIA 1 CPF / CNPJ 838.185.024-04 PLACA NOA8011

RENAVAL 00451696662 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2012 CAT. TARIF. 9 NV CHASSI 9C2JC4110CR492939

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200335601 **Cidade:** Tangará **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NILTON CESAR BENTO **Data do acidente:** 27/01/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.  
FRATURA FECHADA DE PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO ESQUERDO: FIXADOR EXTERNO+FIO) E CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.  
ALTA MÉDICA. (P1,5,6,7,17,18,21,22,25,33,38,39,52,59,

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                   | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                            |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** NILTON CESAR BENTO, brasileiro, união estável, Pescador, portador da Cédula de Identidade nº 001.228.189, expedida pela SSP/RN, inscrito no CPF sob o nº 838.185.024-04, residente e domiciliado na Rua Coronel Ezequiel Mergelino, nº347, Centro, Tangará/RN, CEP:59240-000.

**OUTORGADA:**

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA, brasileira, divorciada, profissional liberal, inscrita no CPF sob o nº 923.980.303-34, com o RG sob o nº 003.359.253 com escritório profissional à Rua Dr. Sadi Mendes, nº 1026, Santos Reis - Parnamirim/ RN, CEP 59.141.085, E-mail: franciscaseguros@hotmail.com

**PODERES:** concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder DPVAT e a Susep.

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

Parnamirim /RN, 18 de NOVEMBRO de 2020

Nilton Cesar Bento

OUTORGANTE

**RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0264591/20

**Vítima:** NILTON CESAR BENTO

**CPF:** 838.185.024-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/01/2019

**Titular do CPF:** NILTON CESAR BENTO

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA : 923.980.303-34

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

### NILTON CESAR BENTO : 838.185.024-04

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](http://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: 18/09/2020  
Nome: FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA  
CPF: 923.980.303-34

FRANCISCA OLIVEIRA DO NASCIMENTO FILHA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2020  
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA  
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA