

# 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: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000125187-4

---

Nr. da Autenticação E658B5DE64AE49B8

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200363252      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO CANINDE HERMINO DE      **Data do acidente:** 12/05/2020      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
ARAUJO

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

**Data da análise:** 20/10/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. P1,7,8,9,123

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE  
Avenida Benedito Bento Filho, 1555, Tér. CEP 59015-000  
CNPJ: 04.334.368/0001-38 / INSC. Estadual: 20055.426-3  
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4582

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO  
Av. Antônio José da Cunha, 115 - Centro  
Cidade: Niterói - RJ  
CEP: 24210-000  
Fone: (22) 2502-1115

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTOS E SERVIÇOS  
IMPRESSO EM 18/06/2020 AS 09:04:59

MATRÍCULA: 4506454 MÊS/ANO: 06/2020

DADOS DO CLIENTE

4506454

06/2020

TELMA VICENTE DA SILVA  
RUA NOVO ORIENTE, N. 226 - NOSSA SENHORA DA  
APRESENTAÇÃO NATAL RN 59114-247

INSCRIÇÃO	ROTA	PERIODO	QUANTIDADE DE ECONOMIA
209.068.400.0314.000	8	1757	PRESIDENTE, COMERCIAL, INDUSTRIAL, PÚBLICO
HIDÔMETRO	SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	POTENCIAL
SEM MEDIDOR	LIGADO		

CONSUMO ÁGUA (H3): 10

DATA LEITURA:  
LEIT. ATUAL:  
LEIT. ANTO:  
DIAS CONSUMO:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	REF	CONSUMO	MÉDIA
05/2020	10	03/2020	10	01/2020	10	10
04/2020	10	02/2020	10	12/2019	10	

DESCRICAÇÃO  
ÁGUA

RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA  
MULTA P/IMPOSTUAL IDADE 05/2020

CONSUMO TOTAL(R\$)  
10 H3 39,99  
0,80

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	39,99	1,65	0,66
COFINS	39,99	7,6	3,04

VENCIMENTO: 25/06/2020 TOTAL A PAGAR: 40,79

INFORMO QUE JÁ ESTÁ DISPONIBILIZADO O RELATÓRIO ANUAL DE QUALIDADE DE ÁGUA 2020, REFERENTE A 2019, NO SITE DA CAERN/AGÊNCIA VIRTUAL. DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS COM VENCIMENTO EM 2019.

MONITORAMENTO DEBILITADO DA QUALIDADE DA ÁGUA DESTE PERÍODO					
Fotômetro	Turbidez	pH	Cont. Turbina	Cloro - Pintura Líquida	Fluorina (Caenorh)
VMP e Recomendações	≤ 8,0 uT	6,0 ± 0,2	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L
Valores Objetiva	1.87	6,69	100,0 %	1,3	0,66





## 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/BIBLIOTECAWEB/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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antônio de Freitas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 008 347 644 / 07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Francisco Canindé Herminio de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 904055524 / 91,  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Francisco Canindé Herminio de Araújo

inscrito (a) no CPF sob o Nº 904055524 / 91, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Francisco Gomes de Souza</u>		
Bairro:	<u>Fazucana</u>	Cidade:	<u>Natal</u>
E-mail:		Estado:	<u>RN</u> CEP: <u>59.122-790</u> Tel.(DDD): <u>(44) 98833-6586</u>

Local e Data: Natal RN 08 DE OUTUBRO DE 2020

Antônio de Freitas

Assinatura do Declarante

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/05/2020 00:05

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185

Num. RG: 1438379 CPF: 904.055.524-91 Nascimento: 24/05/1974 46 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: COUTO MAGALHÃES

N.: 1505

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59114211

Fone: 84987154305

Profissão: MARCENEIRO

Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

### Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 23/05/2020 18:56 Previsão saída: 25/05/2020 17:00 Atendente: FRANCILENE

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 898003711228927

Médico : Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

CRM: 7794

**ENFERMARIA 308B**

### Dados do Responsável

Responsável: ERIVALDO HERMINIO DE ARAUJO

CPF: 971.432.274-04

RG: 1441163

Parentesco: IRMAO

### Termo de Responsabilidade

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

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

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

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

### Observações

COM AIH, SISREG, PRESCRICAO, EVOLUCAO, DOCS PESSOAIS E QUINZE COPIAS DE RX+ UMA PELICULA,  
MEDICO NAO CIENTE.

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/05/2020 00:05

### Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185

Num. RG: 1438379

CPF: 904.055.524-91 Nascimento: 24/05/1974 46 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: COUTO MAGALHÃES

N.: 1505

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇ

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59114211

Fone: 84987154305

Profissão: MARCENEIRO

Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

### Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 23/05/2020 18:56 Previsão saída: 25/05/2020 17:00 Atendente: FRANCILENE

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 898003711228927

Médico : Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

CRM: 7794

**ENFERMÁRIA 308B**

### Termo de Responsabilidade

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

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

Doc. Apresentado: \_\_\_\_\_ Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_

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

História da Doença atual: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Ap. Cardiorespiratórios: \_\_\_\_\_

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

Ap. Locomotor e Neuroológico: \_\_\_\_\_

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

Impressão geral: \_\_\_\_\_

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

## Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185

Num. RG: 1438379

CPF: 904.055.524-91 Nascimento: 24/05/1974 46 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: COUTO MAGALHÃES

N.: 1505

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENT

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59114211

Fone: 84987154305

Profissão: MARCENEIRO

Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

## Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 23/05/2020 18:56 Previsão saída: 25/05/2020 17:00 Atendente: FRANCILENE

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 898003711228927

Médico : Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

CRM: 7794

**ENFERMARIA 308B**

## Dados do Responsável

Responsável: ERIVALDO HERMINIO DE ARAUJO

CPF: 971.432.274-04

RG: 1441163

Parentesco: IRMAO

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

- Autorizo o(a) Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA, a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8156 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL
- O(A) Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA, explico-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.
- 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. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA - CRM**

## FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 24/05/2020 00:05

### Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185

Num. RG: 1438379

CPF: 904.055.524-91 Nascimento: 24/05/1974 46 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: COUTO MAGALHÃES

N.: 1505

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENT/

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59114211

Fone: 84987154305

Profissão: MARCENEIRO

Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

### Dados do Internamento

Num. Internamento: 1

Entrada: 23/05/2020 18:56 Previsão saída: 25/05/2020 17:00 Atendente: FRANCILENE

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 898003711228927

Médico : Dr. GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

CRM: 7794

ENFERMARIA 308B

### Dados do Responsável

Responsável: ERIVALDO HERMINIO DE ARAUJO

CPF: 971.432.274-04

RG: 1441163

Parentesco: IRMAO

### TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ matérias específicos neste termo de responsabilidade, comprometendo-me a mantê-los em perfeito estado de conservação, ficando ciente que:

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverá comunicar imediatamente ao setor competente.
- 3- Terminando os serviços, devolverei o equipamento completo e em perfeito estado de conservação, considerando-se o tempo de uso do mesmo, ao setor competente.
- 4- Estarei sujeito a inspeções sem prévio aviso.
- 5- Segue a lista de itens inclusos no apartamento: Conjunto de armários de sete portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de álcool, de sabonete, de papel toalha, Ar-condicionado, Cama, Colchão, Enxoval hospitalar, Criado-mudo, Cadeira/Poltrona, Televisão LCD, Painel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painel de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [ ] Paciente [ ] Responsável

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, nas seguintes condições:

- [ ] Em perfeito estado  
[ ] Apresentando defeito  
[ ] Faltando Equipamentos/Acessórios

Assinatura do responsável

Código Solicitação: 333803299

Número AIH: 242010040841-8

**IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**

<b>Unidade Solicitante:</b>	HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL	<b>CNES:</b>	2653923
<b>Unidade Executante:</b>	HOSPITAL MEMORIAL	<b>CNES:</b>	2408252
<b>Logradouro, Endereço, Nº , Complemento, Bairro</b>	JUVENTAL LAMARTINE - 979 -- TIROL	<b>Município Executante</b>	NATAL
<b>Central Reguladora</b>	NATAL		
<b>Data de Solicitação</b>	23.05.2020 - 13:25:02	<b>Operador</b>	24278530463ALUIZIO
<b>Data de Autorização</b>	23/05/2020 - 14:19:46	<b>Operador</b>	08978830714DUNLEY
<b>Data de Reserva</b>	24.05.2020		
<b>Data de Internacao</b>	25.05.2020	<b>Operador</b>	18129862204LUCIMAR
<b>Data Prevista de Alta</b>	30.05.2020		
<b>Data de Alta</b>	04/06/2020 - 14:38:22	<b>Operador</b>	18129862204LUCIMAR
<b>Motivo da Alta</b>	1.2 ALTA MELHORADO		

**DADOS DO PACIENTE**

<b>CNS:</b>	708207183052042		
<b>Nome do Paciente</b>	FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO		
<b>Nome da Mãe</b>	MARIA JOSE DE ARAUJO		
<b>Sexo:</b>	MASCULINO		
<b>Data de Nascimento:</b>	24/05/1974 (46 anos)		
<b>Tipo Logradouro:</b>	AVENIDA		
<b>Número:</b>			
<b>País de Residência:</b>	BRASIL		
<b>Telefone(s):</b>	---		
<b>Nome Social/ Apelido:</b>	---		
<b>Naturalidade:</b>	BARAUNA - RN		
<b>Raça:</b>	SEM INFORMACAO		
<b>Tipo Sanguíneo:</b>	---		
<b>Logradouro:</b>	<b>Complemento:</b>	MIGUEL DE CERVANTES LT ALIANCA	
<b>Bairro:</b>	<b>CEP:</b>	LAGOA AZUL 59114-735	
<b>Município de Residência:</b>	<b>UF:</b>	NATAL RN	

**DADOS DA SOLICITAÇÃO**

<b>CPF do Médico Solicitante:</b>	98230158568	<b>Nome do Médico Solicitante:</b>	ANTONIO BARBOSA DE ARAUJO FILHO	<b>Status da Solicitação:</b>	APROVADA
<b>CPF do Médico Executante:</b>	06169335416	<b>Nome do Médico Executante:</b>	GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA		
<b>Diagnóstico Inicial - CID:</b>	S821 - FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍbia				
<b>Caráter</b>	---	<b>Classificação de Risco</b>	Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato		
11 - Urgencia		<b>Clínica Complementar:</b>	Nenhuma		
<b>Clinica:</b>	ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA	<b>Código:</b>	0408050551		
<b>Procedimento Solicitado:</b>	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL				

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

<b>Principais Sinais e Sintomas Clínicos:</b>	---
GOR + LIMITAÇÃO FUNCIONAL/td>	
<b>Principais Resultados de Provas Diagnósticas:</b>	
EXAME FÍSICO + RX	
<b>Condições que Justificam a Internação:</b>	
PROCEDIMENTO CIRURGICO	

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

---

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

23.05.2020 - 13:25:02

Data da Extração dos Dados: 08/06/2020 09:39:47

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
 Executante: O solicitante ou \_\_\_\_\_

CNES: 2653923  
 CNES:

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: <b>173499 FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO</b>	Nascimento: 24/05/1974	Sexo: Masculino	Prontuário: 1196830
CNS: 708207183052042	Pai:	Cor: PARDA	
Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO			
Endereço: RUA COUTO MAGALHAES, 15 - NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO - NATAL		Fone: 987154305 /	
Município: NATAL	Código Municipal IBGE: 240810	UF: RN	CEP: 59114-211

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 18337 / 2020

## JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

## PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL EVOLUINDO COM SÍNDROME COMPARTIMENTAL, REALIZANDO FASCIOTOMIA NA CHEGADA SOMENTE MEDIAL PELA VASCULAR. EVOLUI BEM, E FECHAMENTO DA FASCIOTOMIA, SEM NENHUM ASPECTO INFECCIOSO APÓS 4 DIAS.

## CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO

## RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX

Igor Leonardo C. de Sousa  
 Ortopedia do Joelho  
 Traumatologia de Membro Inferior  
 CRM/RN 7372 TEOT 15.841

## Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.1 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIA\*408050551. TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALT

## Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

PLATO TIBIAL, FX;1

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes     Hipertensão     Obesidade

Faz Antibioticoterapia

Lesão por pressão     Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assitente:

IGOR LEONARDO CARDOSO DE SOUSA

CRM: 7372 / RN Data da Solicitação 23/05/2020

## 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

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Orgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização:

Data da Autorização: / / Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

**DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

Nome do Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Data do Procedimento: **27/05/2020**

Registro: **147185**

IH: **1**

Diagnóstico pré operatório: **S821**

Código do procedimento

0408060360 727

0415040035 555

0408060158 289

Cirurgia realizada

RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO

DESBRIDAMENTO

MANIPULACAO ARTICULAR

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

CRM

7794

Anestesiologista: TIAGO VICTO ANDRADE DE CARVALHO

7134

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

Não utilizado

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

paciente em ddh sob sedação

realizado antisepsia do mje + aposição de campos esteréis

realizado retirada de fixador externo transarticular de joelho esq + manipulação articular

realizado debridamento em orifícios de trajeto de pino de shunz

curativo

Dr. Gustavo Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM / RN 7794 TECI 16198

## BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Cirurgia Realizada:

RETIRADA FIXADOR EXTERNO Perna ESQUERDA+DESBRIDAMENTO+MANIPULACAO ARTICULAR SOB ANESTESIA

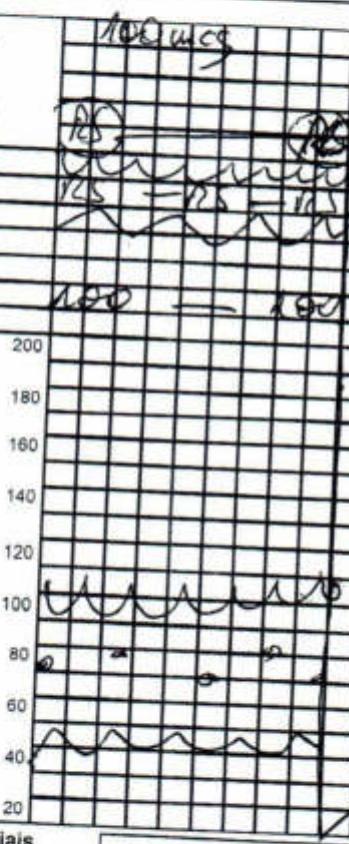
Cirurgião:

GUSTAVO SOUZA

HORA

Fentanil  
100 mcg

PUP



O2  
ECG  
PANI  
PVC  
Diurese  
SpO2  
ETCO2

200  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60  
40  
20

V P. Sist.

A P. Diast.

● F.C.

X PAM

### Exames Laboratoriais

pH	
PaCO2	
HCO3	
CO	
EB2	
PaO2	
ShbO2	
Hb	
Hc	
Na	
K	
Ca	
Glicose	
DRUGAS	
FENTANIL	500MG
MIDAZOLAN	15MG
NEOCAINA	0,5%
DIMORF	0,2MG
SUFENTANIL	10MCG
ROCURONIO	50MG
ATRACURIO	25MG
PROPOVAN	1%
Efedrina	50MG
ARAMIN	10MG
CEFAZOLINA	1G
DIPIRONA	1G
DRAMIN	3MG
DEXAMETASONA	10MG
RANITIDINA	50MG
ONDASETRONA	8MG
NEOCAINA	0,5%
ISOBÁRICA	0,5X
CETOPROFENO	100mg
DIPIRONA	1G 01
RINGER S	500 ML. 01

TÉCNICA ANESTÉSICA: LOCAL E SEDACAO EV

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 0

POSIÇÃO: Antes: DDH

APARELHO: MINDRAY

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDição FINAL: OK

AGULHA:

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

Depois: DDH

N°

V.T.:

F.R.:

V.M.:

P.I.T.:

REFLEXOS: OK

CONSCIÊNCIA: OK

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

SEM INTERCORRENCIAS

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

DURAÇÃO: 30 MINUTOS

INÍCIO: 08 H

FINAL: 08:30 H



# SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>10867687000110 Hospital Memorial de Natal</b>	2 - CNES <b>2408252</b>
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE <b>10867687000110 Hospital Memorial de Natal</b>	4 - CNES <b>2408252</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <b>FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO</b>	6 - N° DO PROTOÓRIO Registro: <b>147185</b>	Internação <b>1</b>		
7 - CARTÃO NACIONAL/SUS <b>898003711228927</b>	8 - DATA DE NASCIMENTO <b>24/05/1974 00:00 46 anos</b>	9 - SEXO <b>M</b>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA JOSE DE ARAUJO</b>	11 - TELEFONE DE CONTATO <b>84987154305</b>
12 - ENDEREÇO (RUA, N°) <b>COUTO MAGALHÃES 1505</b>	13 - MUNICÍPIO <b>NATAL</b>	14 - BAIRRO <b>NOSSA SENHORA DA APRE</b>	15 - UF <b>RN</b>	16 - CEP <b>59114211</b>

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

**VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA GRAVE DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO**

## 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO **NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO**

## 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) **RADIOGRAFIAS**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>FRATURA DE PLANALTO TIB</b>	21 - CID 10 PRINCIPAL <b>S821</b>	22 - CID 10 SECUNDARIO	23 - CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------------------	------------------------	------------------------

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <b>TTO CIRURG. FX DE PLANALTO - 0408050551</b> <b>OSTEOTOMIA DA PELVE - 0408040157</b> <b>RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR</b> <b>EXTRARTICULAR DE JOELHO - 0408050152</b>	26 - LEITO/CÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO:	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA</b>
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			29 - DATA SOLICITAÇÃO <b>03/06/2020 11:33:07</b>
			30 - CNS / CPF <b>CNS 3801217</b> <b>CPF 061.693.354-16</b> <b>CRM 7794</b>

*Dr. Gustavo Luiz Pezzi Costa de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM/RN 7794 TEDT 16198*

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REG. NO CONSELHO)

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

32 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	33 - CNPJ DA SEGURADORA	34 - N° DO BILHETE	35 - BÔNUS
36 - ( ) ACID. TRABALHO TÍPICO	37 - CNPJ	38	40 -
38 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO			
40 - ( ) CID 10 PRINCIPAL		DESCRICAÇÃO - CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
42 - ( ) CID 10 SECUNDÁRIO		43 - ( ) 44 - ( ) GRAVE 45 - ( ) GRAVISSIMA	

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	50 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	54 - N° 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)	

## DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Data do Procedimento: 03/06/2020

Registro: 147185

IH: 1

Diagnóstico pré operatório:

S821 FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TIBIAL | CABEÇA ?<? | CONDILOS ?#? DA TIBIA COM OU S

Código do procedimento

0408050551

0408040157

0408050152

0408060476

Cirurgia realizada

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL

OSTEOTOMIA DA PELVE

RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO

TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDÃO ÚNICO

Equipe cirúrgica:

Cirurgião: GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA

Dr. Gustavo Souza  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgião do Joelho  
CRM / RA 7794 TEOT 16198 7794  
CRM / RA 7794 TEOT 16198

CRM

7134

Anestesiologista: TIAGO VICTO ANDRADE DE CARVALHO

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana: Cefazolina

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

02 PLACAS DE SUSTENTAÇÃO TIBIAL 4,5MM

01 PLACA EM T 4,5MM

08 PARAFUSOS CORTICais

04 PARAFUSOS ESPONJOSOS

02 PARAFUSOS CANULADOS 7,0MM

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados

Descrição da cirurgia:

PCT EM DDH SOB RAQUIANESTESIA + ANTISEPSIA DO MIE.

APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS + PASSAGEM DE GARROTE ESTERIL

INCISÃO ANTERO LATERAL E POSTERO MEDIAL + DIVULSAO POR PLANOS

TENOPLASTIA DOS TENDOES FLEXORES (PATA DE GANSO) + REPARO DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL

REDUÇÃO CRUENTA SOB ESCOPA + APOSIÇÃO DE 01 PLACA POSTERIOR COM 03 PARAFUSOS CORTICais + 01 PLACA MEDIAL DE

SUSTENTAÇÃO TIBIAL COM 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 02 PARAFUSOS CORTICais + 02 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 03 PARAFUSOS CANULADOS 7,0 FECHANDO A

LIMPEZA COM SF0,9% + REVISAO DA HEMOSTASIA

FECHAMENTO POR PLANOS + RETIRADA DE GARROTE

CURATIVO

BOA PERFUSAO DISTAL DO MIE

Dr. Gustavo Souza  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgião do Joelho  
CRM / RA 7794 TEOT 16198

CRM: 7794 - GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA  
03/06/2020 11:16:49

## BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Cirurgia Realizada:

TRATAMENTO FRATURA PLATO TIBIAL+RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR+TENOPLASTIA+OSTEOTOMIA DA PELVE

Cirurgião:

GUSTAVO SOUZA

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Data:  
03/06/2020

HORA

NEOCAINA ①  
DIMORF  
SUFENTANIL  
PUP

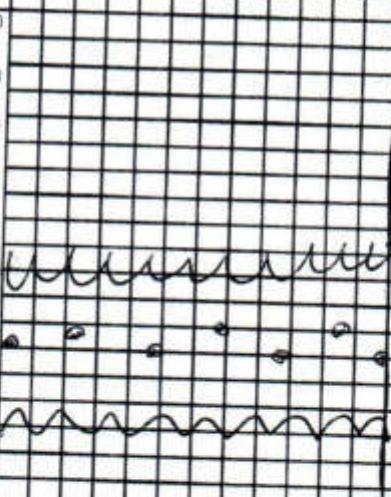
20kg  
60kg  
80kg  
TRAQUE  
20  
10  
10  
10

O2  
ECG  
PANI  
PVC  
Diurese  
SpO2  
ETCO2

100 — 100 — 100

200  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60  
40  
20

V P. Sist.  
A P. Diast.  
● F.C.  
X PAM



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

Exames Laboratoriais		
pH		
PaCO2		
HCO3		
CO		
EB2		
PaO2		
SHbO2		
Hb		
Hc		
Na		
K		
Ca		
Glicose		
DROGAS		
FENTANIL	500MG	01
MIDAZOLAN	15MG	01
NEOCAINA	0,5%	01
DIMORF	0,2MG	01
SUFENTANIL	10MCG	01
ROCURONIO	50MG	
ATRACURIO	25MG	
PROPOVAN	1%	
EFEDRINA	50MG	01
ARAMIN	10MG	
CEFAZOLINA	1G	02
DIPIRONA	1G	
DRAMIN	3MG	01
DEXAMETASONA	10MG	01
RANITIDINA	50MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCAINA	0,5%	
ISOBÁRICA	0,5X	
CETOPROFENO	100mg	
DIPIRONA	1G	02
RINGER'S	500 ML	04
TENOXICAM	40 MG	01

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUI SIMPLES E SEDAÇÃO EV

BLOQUEIO:

LOCAL DA PUNÇÃO:

NÍVEL ANESTESIA:

BLOQUEIO MOTOR: 3

POSIÇÃO: Antes: DDH

APARELHO: MINDRAY

TÉCNICA: ABERTO

INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: CATETER NASAL

TRAUMÁTICA: NAO

SONDA:

CUFF:

INDUÇÃO:

MANUTENÇÃO:

CONDição FINAL: OK

AGULHA:

TIPO:

LATÊNCIA:

LIQUOR:

Depois: DDH

V.T.

F.R.

V.M.

P.I.T.

N° REFLEXOS: OK CONSCIÊNCIA: OK

BALANÇO OBSERVAÇÕES

SEM INTERCORRENCIAS

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

DURAÇÃO: 03 H

INÍCIO: 08 H

FINAL: 11 H

**BOLETIM DE SALA****Dados do paciente**Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARA**Registro: **147185**Convênio: **SUS MUNICIPAL**Nº: **120.162451**Local : **SALA 003**

Início: 03/06/2020 08:00 Fim: 03/06/2020 11:00

Cirurgia: **OSTEOTOMIA DA PELVE**

Cirurgia Principal

**TENOPLASTIA OU ENXERTO DE TENDAO UNICO****TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL****RECONSTRUCAO LIGAMENTAR EXTRA-ARTICULAR DO JOELHO****Equipe:**

Cirurgião	GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DE SOUZA
Anestesista	TIAGO VICTO ANDRADE DE CARVALHO
Instrumentador	BERENISE DE OLIVEIRA BRITO OLINTO
Circulante	NAYARA SOARES DE OLIVEIRA

CRM	Especialidade	CPF
7794	ORTOPEDIA TRAUMATOLO	06169335416
7134	ANESTESIOLOGIA	07984885466
1008022	TECNICO ENFERMAGEM	02569534498
706919	TECNICO ENFERMAGEM	08933825401

**MATERIAL**

Código	Descrição	QTD	UND
60392	AGULHA DESCARTAVEL 25X7	1	UND
208953	AGULHA DESCARTAVEL 25X8	2	UND
60418	AGULHA DESCARTAVEL 40X12	2	UND
64010	AGULHA PARA RAQUE 25G	1	UND
54486	BARBEADOR DESCARTAVEL	4	UND
65227	CAMPO OPERATORIO 25X28CM ESTÉRIL	7	UND
61473	CATETER P/OXIGENIO TIPO OCULOS	1	UND
51485	CATGUT CROMADO 1 C/AG 4CM	4	UND
61989	ELETRODO DESCARTAVEL	5	UND
65037	ESPARADRAPO 10CM X 4,5	60	CM
62278	GAZE EST 11 FIOS 7,5X7,5 ESTÉRIL	14	PCT
62364	GORRO DESCARTAVEL	5	UND
60149	LAMINA DE BISTURI N.20	2	UND
62332	LUVA CIR DESC EST 7,0	2	PAR
62640	LUVA CIR DESC EST 7,5	3	PAR
62429	LUVA CIR DESC EST 8,0	2	PAR
61133	MICROPORE 10 CM X 10 M	90	CM
61172	MICROPORE 5,0CM X 10 METROS	30	CM
50621	MONONYLON PRETO 3-0 C/AG 3CM	6	UND
S7289	PARAFUSO CANULADO 7,0 MM	2	
105210	PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	12	UND
S7298	PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL 4,5 MM	2	
S7304	PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)	1	
60733	SAPATILHA DESCARTAVEL	8	UND
63209	SERINGA DESCARTAVEL 10ML SEM AGULHA	2	UND
63216	SERINGA DESCARTAVEL 20ML SEM AGULHA	1	UND
62475	SERINGA DESCARTAVEL 5ML SEM AGULHA	2	UND
207309	TRANSOFIX	2	UND

Código	Descrição	QTD	UND
208421	SUFENTANIL 5,0MCG/ML - 2ML AMPOLA	1	AMP

**MEDICAMENTOS**

Código	Descrição	QTD	UND
326	AGUA PARA INJECAO 10ML AMPOLA	2	AMP
3987	BUPIVACAINA ISOBARICA 5MG/ML - NEOCAINA	1	AMP
10595	BUPIVACAINA PESADA 5MG/ML (NEOCAINA)	1	AMP
8148	CEFAZOLINA SODICA 1G FRASCO AMPOLA	2	UND
12784	CLOREXIDINA ALCOOLICA 0,5%	350	ML
11689	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML AMPOLA	1	AMP
6943	DIMENIDRINATO B6 INJ 10ML (DRAMIN)	1	AMP
11087	DIPIRONA 500MG/ML AMPOLA	2	AMP
3060	MIDAZOLAM 15MG (5MG/ML) AMPOLA	1	AMP
16920	MORFINA 0,2MG/ML (DIMORF)	1	AMP
8718	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML	1	UND
8449	SORO RINGER SIMPLES 500ML	1	FRS
12567	SULFATO DE EFEDRINA 1ML AMPOLA	1	UND
9046	TENOXICAM 40MG FRASCO AMPOLA	1	UND

**TAXAS**

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


**ENFERMEIRO**

Dados do Paciente

Registro: 147185 IH: 1 Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO  
Nascimento: 24/05/1974 46 anos Internação: 23/05/2020 18:56:02 Leito: ENFERMARIA 308B

**ANTES DO ATO CIRÚRGICO**

- 03/06/2020 07:28:09 COREN - 468075 - PATRICIA SANTOS BERTO

Observações:

CLIENTE ADMITIDO(A) NO C.C PROVENIENTE DO LEITO DE MACA, CONSCIENTE, ORIENTADA(O), AR AMBIENTE, EUPNEICO, PARA SUBMETER-SE AO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TIBIA ESQUERDA, NA HVP VIAB, SF 0.9% MSD JELCO DE N. 18 PUNCIONADO(A) NO SRPA PELA TÉC. DEYSIANE SEGURO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Doença pré-existente: NÃO

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

Exame Laboratorial: SIM Risco Cirúrgico: SIM

Raio X: PRÉ: SIM-QTD: 19

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames: ECG.

**SRPA**

Nível consciência: Orientado

COREN - 468075 - PATRICIA SANTOS BERTO

Acesso venoso: SIM Diurese: NÃO Acianótico: NÃO

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle: SIM-QTD: 01

Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POI, CONSCIENTE, ORIENTADA (O), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP VIABILIZANDO SF 0.9%, COM CURATIVO LIMPO E OCCLUSIVO, ANEXO AO PRONTUARIO EXAMES E RX PRÉ, PRECISA REALIZAR RX PÓS - CIRÚRGICO, SEGURO ATÉ O LEITO ACOMPANHADO DO MAQUEIRO E TÉCNICO DE ENFERMAGEM.  
VERIFICADO SSVV: PA= 120X100 MMHG, FC= 73 BPM, SPO2= 98%.

Assinatura Responsável

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

Registro-Internamento: 147185 - 1

Leito N° ENFERMARIA 308B

Médico: CRM - 7794 - GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DI

## LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

### LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- Mudança de Procedimento
- Diária de U.T.I.
- Diária de Acompanhante
- Vacina Anti RH
- Parecer CCIH
- 

- Uso de Prótese, Ortese
- Uso de Fatores de Coagulação
- Uso de Oxigenadores
- Nutrição Parenteral
- 

#### HOSPITAL

10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

#### PACIENTE

147185 - 1 - FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		GUSTAVO LUIZ PEZZI COSTA DI	7794	061.693.354-16

#### JUSTIFICATIVA

REALIZADO PROCEDIMENTOS DE FRATURA DE PLANALTO TIBIAL + OSTEOTOMIA DA PELVE + RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR EXTRARTICULAR DE JOELHO + TENOPLASTIA

Dr. Gustavo Souza  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM / RN 7794 TEDT 16198

#### ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

CRM

7794

DATA

03/06/2020 11:32:08

#### AUTORIZAÇÃO

##### AUDITOR

CRM

DATA

**PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**

Data: 03/06/2020 11

Registro: 147185 IH: 1  
Nascimento: 24/05/1974

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO  
46 anos Internação: 23/05/2020 18:56:02 Leito: ENFERMARIA 308B

**Dados do Paciente**

**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**

Tipo: RAQUI + SEDAÇÃO

Anestesiologista: DRº TIAGO CARVALHO

Tipo: TTT CIRURGICO DE PLATÔ TIBIAL E

Cirurgião: DR GUSTAVO

Instrumentador: LUCAS + FELIPE

Circulante: MARIA

Tipo curativo: LIMPO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Inf sanguínea: NAO

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Inicio da cirurgia: 07:30

Fim da cirurgia: 09:00

Tempo de cirurgia:

Medicação administradas:

**Intercorrelações / Observações:**

CLIENTE ENCAMINHADO A SALA DE CIRURGIA CONSCIENTE ORIENTADO EM O2 AMBIENTE PARA DAR INICIO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO DE PLATO TIBIAL E .HVP EM MSD , O MESMO NEGA ALERGIAS E PATOLOGIAS .APÓS PROCEDIMENTO CIRURGICO REALIZADO COM EXITO SEM INTERCORRENCIAS CLIENTE ENCAMINHADO ASRPA .SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

**FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

**CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**

Potencial de Contaminação: Limpa

BERENISE DE OLIVEIRA BRITO OLINTO  
Técnico(a) COREN - 1008022

## CAIXA PLACAS ESPECIAIS CAIXA LILAS .

ITEM	CÓDIGO	LOTE	QUANT.	UND
PLACA EM "T" 05 FUROS	4608/03			
PLACA EM "T" 08 FUROS	4608/05			
PLACA EM "T" 03 FUROS	4619/01			
PLACA EM "T" 04 FUROS	4619/02	20B001301	01 /	
PLACA EM "T" 05 FUROS	4619/03	20D002000	01 X	01
PLACA "Y" DIREITA 03 FUROS	4615/01	R20185	01 /	
PLACA "Y" ESQUERDA 03 FUROS	4615/03	4859J14	01 /	
PLACA "Y" DIREITA 05 FUROS	4615/02	0996L14	01 /	
PLACA "Y" ESQUERDA 05 FUROS	4615/04	3313E16	01 /	
PLACA "L" 04 FUROS ESQUERDO	4627			
PLACA SUSTENTAÇÃO ESQUERDA 07 FUROS	4629/01	3188G14	01 /	
PLACA SUSTENTAÇÃO ESQUERDA 09 FUROS	4629/02	1773F15	01 /	
PLACA SUSTENTACAO DIREITA 07 FUROS	4628/01	0406G15	01 /	
PLACA SUSTENTAÇÃO DIREITA 09 FUROS	4628/02	0401G15	01 /	
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 05 FUROS	4635/01			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 08 FUROS	4635/02	18D003053	01 X	01
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 09 FUROS	4635/03			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 11 FUROS	4635/04			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL DIREITA 13FUROS	4635/05			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDA 05 FUROS	4635/07			
PLACA SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDA 08 FUROS	4635/08	18D003541	01 X	01
PLACA DE SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDO 09 FUROS	4635/09			
PLACA DE SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDO 11 FUROS	4635/10	2883C16	01 /	
PLACA DE SUSTENTAÇÃO TIBIAL ESQUERDO 13 FUROS	4635/11	19J004550	01 /	
PLACA PONTE ESTREITA 175X70	3120/05	2612F15	01 /	
PLACA PONTE ESTREITA 185X80	3120/06	2613F15	01 /	
PLACA PONTE LARGA 145X40	3119/02	S10671	01 /	
PLACA PONTE LARGA 155X50	3119/03	T10336	01 /	

HOSPITAL: Memorial  
PACIENTE: Francisco Caninde H. Araujo

Nº PRONT.: 147185

CONVÉNIO:

DATA DA CIRURGIA: 03.06.20

CIRURGIÃO: Dr. Gustavo

CIRCULANTE(S): Maria

INSTRUMENTADOR: Lucas + Felipe

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**

Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185** IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PRÉ OP. DE TIBIA (E) + FIXADOR EXTERNO**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA ALERGIA**

Sinais Vitais

Temperatura: **35,7 °C** Saluração O2: **96%** Respiração: **20 RPM**

Oxigênioterapia:

**Em O2 Ambiente**

Pressão Arterial: **130x80**

Frequência Cardíaca: **98**

Acesso Venoso

Dieta:

Eliminações Fisiológicas:

**VO**

**ACEITOU BEM SUA DIETA**

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTES**

Aspectos: **NO MOMENTO**

HGT

Correção: Correção:

Drenos:

Correção: Correção:

Data:

Correção: Correção:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

**AS 19:00 RECEBO O PACIENTE ADULTO DE 46 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE EM PRÉ OP. DE TIBIA (E)**

**+ FIXADOR EXTERNO FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ATÉ O MOMENTO PCT SEM ACESSO EM**

**USO DE MEDICAÇÃO POR VIA ORAL SEGUE SEM QUEIXAS DE DORES SEGUE EM OBSERVAÇÃO EM USO DE DIURESE POR COLETOR.**

**SEGUE EM OBSERVAÇÃO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.**

**AS 06:00 FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ASEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE**

**ENFERMAGEM.**

Selvo Junior Barboza dos Santos  
COREN-RN 1392960-TE

COREN: 1392960 - SELVO JUNIOR BARBOZA DOS SANTOS

24/05/2020 19:37:58

## REGISTRO DOS TÉCNICOS

### Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185

IH: 1

Nascimento: 24/05/1974 46 anos Data Internação: 23/05/2020 18:56:02

Leito: ENFERMARIA 308B

Turno: Noturno

Antecedentes: DESCONHECE

Hipótese Diagnóstica: POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORICO Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

### Sinais Vitais

Temperatura: 36 °C Saturação O2: 99% Respiração: 18 RPM

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 81

### Oxigêniooterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

MSE

Dieta

VO

### Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: COLETOR

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: NO MOMENTO.

### HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

### Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

- ADMINISTRADO MEDICAÇOES DO HORARIO

Intercorrência:

19H00 RECEBO PACIENTE EM POS. DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO DE TIBIA ( E ) + TALA GESSADA. CONCIENTE ORIENTADO EM O<sup>º</sup> AMBIENTE , DIETA V.O , NA HV EM MSE , VIABILIZANDO SORO RINGER SIMPLES 500ML , ADMINISTRADO MEDICAÇOES DO HORARIO , VERIFICADO SSVV , DIURESE ESPONTANIA , SEGUE AOS CUIDADOS.

## REGISTRO DOS TÉCNICOS

### Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185

IH: 1

Nascimento: 24/05/1974 46 anos Data Internação: 23/05/2020 18:56:02

Leito: ENFERMARIA 308B

Turno: Noturno

Antecedentes: DESCONHECE.

Hipótese Diagnóstica: POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO Isolamento de contato: Não

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE.

### Sinais Vitais

Temperatura: 35,7 °C Saturação O2: 98% Respiração: 18 RPM

Pressão Arterial: 140x90

Frequência Cardíaca: 90

### Oxigênio terapia

Em O2 Ambiente

### Acesso Venoso

Periférico

MSE 31/05

### Dieta

VO

EM JEJUM

### Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: COLETOR

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: NO MOMENTO

### HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

### Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

### Intercorrência:

AS 19:00 RECEBO O PACIENTE ADULTO DE 46 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO EM O2 AMBIENTE EM POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO DE TIBIA ( E ) + TALA GESSADA FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ATÉ O MOMENTO PCT SE ENCONTRA COM ACESSO MSE DO DIA 31/05 NA HIDRAT POR GRAVIDADE + MEDICAÇÃO DE HORARIO O MESMO REALIZARA CIRURGIA DIA 03/06 AS 07:00 HORAS PCT FOI ORIENTADO SOBRE JEJUM E ORIENTAÇÕES EM PRE OPERATORIO PCT ACEITOU BEM SUA DIETA COM ELIMINAÇÕES FISIOLOGICA POR PAPAGAIO + APARADIERA SEGUE SEM QUEIXAS E FICA EM OBSERVAÇÃO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

AS 06:00 FOI AFERIDO OS SSVV DO MESMO SEGUE ESTAVEL SEM ANORMALIDADE ATÉ O MOMENTO SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

AS 06:10 REALIZADO HIGIENIZAÇÃO DO MESMO + TROCA DE LENÇOL DE CAMA + ENCAMINHO PCT EM POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + PRE OPERATORIO DE TIBIA ( E ) + TALA GESSADA PARA CC ACOMPANHADO DO MAQUEIRO LEVANDO CONSIGO PRONTUARIO

Selvo Junior Barboza dos Santos

COREN-RN 1392960-TE

COREN: 1392960 - SELVO JUNIOR BARBOZA DOS SANTOS

02/06/2020 20:45:05

## REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

 Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

 Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

 Registro: **147185**

IH: 1

 Turno: **Manhã**

 Antecedentes: **DESCONHECE**

 Leito: **ENFERMARIA 308B**

 Hipótese Diagnóstica: **6º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA Perna(E) + T/ Isolamento de contato:**

 Estado Geral: **Bom**

 Coloração da Pele: **Normocorado**

 Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

 Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

 Temperatura: **36 °C**

 Saturação O2: **96%**

 Respiração: **18 RPM**

 Pressão Arterial: **130x80**

 Frequência Cardíaca: **71**

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso

Periférico

MSE

Dieta

VO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Eliminações Fisiológicas

 Diurese: **ESPONTÂNEA**

 Obs.: **COLETOR**

 Intestinais: **AUSENTE**

 Aspectos: **NO MOMENTO.**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

TALA GESSADA

Medicações:

ADMINISTRADO MEICAÇÕES DE HORARIO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

**AS 07:00 RECEBO PACIENTE 46 ANOS, CONCIENTE E ORIENTADO, EM AR AMBIENTE, NA HVP EM MSE, ACEITA DIETA OFERTADA, SONO PRESERVADO, AFERIDO SINAIS VITais SEM ANORMALIDADES, ADMINISTRADO MEDICAÇÕES CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, ALIMINACÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, HIGIENIZADO EM WC, TROCA DOUPA DE CAMA E PESSOAL, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTÃO, INTALADO 1 EQUIPO MACRO PARA DEXAMETASONA.**


 COREN: 1421966 - ROZANA RAFAELA DA SILVA BEZERRA  
 02/06/2020 07:20:09

## REGISTRO DOS TÉCNICOS

### Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Diurno** Antecedentes: **DESCONHECE.**

Hipótese Diagnóstica: **5º DPO DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DA Perna(E) + T/** Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE.**

### Sinais Vitais

Temperatura: **36,6 °C** Saturação O2: **95%** Respiração: **22 RPM**

Pressão Arterial: **130x70** Frequência Cardíaca: **78**

### Oxigênioterapia

**Em O2 Ambiente**

**EM AR AMBIENTE.**

### Acesso Venoso

**Periférico**

**EM MSE.**

### Dieta

**VO**

**DIETA VIA ORAL.**

### Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO.**

### HGT

Correção:

Correção:

### Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

**ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA.**

Intercorrência:

**AS 07:00 HORAS RECEBO PACIENTE DE 46 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO RESPIRANDO SOB O2 AMBIENTE, AFERIDO SINAIS VITais SEM ANORMALIDADES, ACEITOU DIETA OFERECIDA, NA HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM MSE VIABILIZANDO SORO FISIOLÓGICO + EM USO DE ANTIBIOÍTICO( KEFAZOL) 1 FRASCO DE 1 GRAMA DE 8/8 HORAS, ADMINISTRADO MEDICAÇÃO PRESCRITA, HIGIENIZADO TROCADO ROUPA DE CAMA E PESSOAL, MASSAGEM DE CONFORTO, MUDANÇA DE DECÚBITO, SEGUE NO LEITO AGUARDANDO PRÓXIMO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PROGRAMADO PARA O DIA 02/06/2020.**

*Azenilda  
Ayza*

COREN: 1135751 - AZENILDA SANTOS DO NASCIMENTO

01/06/2020 10:57:29

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**
**Dados do Paciente**

 Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

 Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

 Registro: **147185**

IH: 1

 Turno: **Tarde**

 Antecedentes: **DESCONHECE**

 Leito: **ENFERMARIA 308B**

 Hipótese Diagnóstica: **POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TALA GESSADA**

 Estado Geral: **Bom**

 Coloração da Pele: **Normocorado**

Isolamento de contato:

 Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

 Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

 Temperatura: **34.5 °C** Saturação O<sub>2</sub>: **97%** Respiração: **20 RPM**

Oxigêniooterapia

 Em O<sub>2</sub> Ambiente

 Pressão Arterial: **130x80**

 Frequência Cardíaca: **76**

AR AMBIENTE

Acesso Venoso

Periférico

MSE 30/05

Dieta

VO

BEM ACEITA

Eliminações Fisiológicas

 Diurese: **ESPONTÂNEA**

 Obs.: **COLETOR**

 Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção:

Correção:

Curativo:

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM. MEDICAÇOES CPM.

AS 18HS PACIENTE PERDEU ACESSO REPUNCIÓNADO EM MSE COM JELCO 20 COM EXODO SEGUE COM HV.

Intercorrência:

 AS 13HS RECEBO PLANTAO COM PACIENTE EM AR AMBIENTE EM POS OPERATORIO DE RETIRADA DE FIXADOR DIETA VO BEM ACEITA  
 SSVV ESTAVEIS HVP EM MSE FLUINDO BEM HV SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

*Maria da Conceição de Jesus*
*Maria da Conceição de Jesus*

COREN: 954371 - MARIA DA CONCEICAO DE JESUS

31/05/2020 15:12:21

**REGISTRO DOS TÉCNICOS**
**Dados do Paciente**

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE.**

Hipótese Diagnóstica: **POS DE RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + TALA GESSADA**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

CorAÇÃO da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE.**
**Sinais Vitais**

Temperatura: **36 °C** Saturação O<sub>2</sub>: **98%** Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **120x80** Frequência Cardíaca: **91**
**Oxigênioterapia**
**Em O<sub>2</sub> Ambiente**
**Acesso Venoso**
**Periférico**
**Dieta**
**VO**
**Eliminações Fisiológicas**

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO.**
**HGT**

Correção: Correção:

**Drenos**

Data:

Correção: Correção:

Tipo:

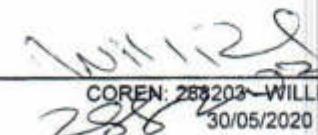
Correção: Correção:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

**Medicações:**
**ADM MEDICAÇÃO CONF PRESCRITO.**
**22:00 ADM CEFAZOLINA 01 FRASCO + ABD IV.**
**06:00 ADM CEFAZOLINA 01 FRASCO + ABD IV.**
**Intercorrência:**
**PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADO NA H.VENOSA PERIFERICA ACEITA DIETA VO SSVV MANTIDOS SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.**
  
COREN: 283203 - WILLIANE NASCIMENTO COSTA

30/05/2020 19:48:43

## REGISTRO DOS TÉCNICOS

### Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

IH: **1**

Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02**

Leito: **ENFERMARIA 308B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **DESCONHECE**

Hipótese Diagnóstica: **PÓS RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE Perna E+ TALA GE!** Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

### Sinais Vitais

Temperatura: **36,5 °C** Saturação O2: **98%** Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **140x80** Frequência Cardíaca: **92**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSE

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

### Oxigêniooterapia

**Em O2 Ambiente**

### Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **COLETOR**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **NO MOMENTO.**

### Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

### Medicações:

**22HS- ADM 1AMP TRAMADOL 100MG+SF0,9% EV, 1FA CEFAZOLINA 1G+ABD EV, 1AMP BROMOPRIDA 5MG+ABD EV,**

**24HS- ADM 2AMP DIPIRONA 500MG+ABD EV, 1AMP DEXAMETASONA 4MG+SF0,9% EV, INSTALADO RINGER SIMPLES-500ML EV.**

**06HS- ADM 1AMP BROMOPRIDA +ABD EV, 1FA CEFAZOLINA 1G+ABD EV, 1AMP TRAMADOL 100MG+SF0,9% EV, 2AMP DIPIRONA 500MG+ABD EV.**

### Intercorrência:

**19HS- RECEBI PACIENTE EM PÓS OPERATORIO, CONSCIENTE, ORIENTADO, O2 AMBIENTE, NA HVP EM MSE, DIETA VO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, COM ACOMPANHANTE, 24:40HS- REPUNICIONADO ACESSO COM JELCO N°20 EM MSE E TROCADO EQUIPOS, 06HS- PACIENTE O2 AMBIENTE, NA HVP, SONO PRESERVADO, VERIFICADO SSV, SEGUE AOS CUIDADOS.**

  
COREN: 139216 - MARIA LUCINETE DE OLIVEIRA SOUZA

29/05/2020 21:18:10

## EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

### Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO** Registro: **147185** Nº Internação: **1**  
Nascimento: **24/05/1974 46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

Limpeza:

Tipo de Ferida: HÁ ESCLARECER

Localização: FIXADOR EM FEMUR

Condições do Leito: SEM PRESENÇA DE EXSUDATO

#### EXSUDATO DA FERIDA

<input type="checkbox"/> Seroso	<input type="checkbox"/> Purulento	<input type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Serossanguinolento	<input type="checkbox"/> Piosanguinolento	<input checked="" type="checkbox"/> Sem Exudato
---------------------------------	------------------------------------	--	---	---	---

#### PELE - PERILESIONAL

<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Escoriada	<input type="checkbox"/> Sinal Flogísticos	<input type="checkbox"/> Descamada	<input type="checkbox"/> Alergica/Dermatite	<input type="checkbox"/> Macerada
----------------------------------	------------------------------------	--	------------------------------------	---	-----------------------------------

Quantidade: Selecionar uma opção Odor: Selecionar uma opção

#### BORDAS

<input type="checkbox"/> Distintas	<input type="checkbox"/> Regulares	<input type="checkbox"/> Irregulares
------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

#### OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, GAZE, ATADURA E MICROPORE.  
ORÍFICIOS DE FIXADORES COM PEQUENO EXSUDATO SEROSSANGUINOLENTO

24/05/2020 08:10:00

Técnico(a) COREN - 1320223

ANA JULIA DE JESUS AVELINO

-147185 - 1 - FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Limpeza: Tipo de Ferida: HÁ ESCLARECER

Localização: FIXADOR FEMUR + TIBIA

Condições do Leito: EXSUDATO EM GAZE

#### EXSUDATO DA FERIDA

<input type="checkbox"/> Seroso	<input type="checkbox"/> Purulento	<input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Serossanguinolento	<input type="checkbox"/> Piosanguinolento	<input type="checkbox"/> Sem Exudato
---------------------------------	------------------------------------	---	---	---	--------------------------------------

#### PELE - PERILESIONAL

<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Escoriada	<input type="checkbox"/> Sinal Flogísticos	<input type="checkbox"/> Descamada	<input type="checkbox"/> Alergica/Dermatite	<input type="checkbox"/> Macerada
---	------------------------------------	--	------------------------------------	---	-----------------------------------

Quantidade: Médio Odor: Selecionar uma opção

#### BORDAS

<input type="checkbox"/> Distintas	<input checked="" type="checkbox"/> Regulares	<input type="checkbox"/> Irregulares
------------------------------------	---	--------------------------------------

#### OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESTERIL, OLEO DE GIRASSOL, E ATADURA.

REALIZADA LIMPEZA DE FIXADOR EXTERNO COM CLOREXIDINA ALCOOLICA.

25/05/2020 10:58:34

Técnico(a) COREN - 1320223

ANA JULIA DE JESUS AVELINO

-147185 - 1 - FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Limpeza: Tipo de Ferida: LIMPA

Localização: TIBIA Condições do Leito: COM PRESENÇA DE EXSUDATO

EXSUDATO DA FERIDA

<input type="checkbox"/> Seroso	<input type="checkbox"/> Purulento	<input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento	<input type="checkbox"/> Serossanguinolento	<input type="checkbox"/> Piosanguinolento	<input type="checkbox"/> Sem Exudato
---------------------------------	------------------------------------	---	---	---	--------------------------------------

#### PELE - PERILESIONAL

<input checked="" type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Escoriada	<input type="checkbox"/> Sinal Flogísticos	<input type="checkbox"/> Descamada	<input type="checkbox"/> Alergica/Dermatite	<input type="checkbox"/> Macerada
---	------------------------------------	--	------------------------------------	---	-----------------------------------

Quantidade: Grande Odor: Selecionar uma opção

#### BORDAS

<input type="checkbox"/> Distintas	<input checked="" type="checkbox"/> Regulares	<input type="checkbox"/> Irregulares
------------------------------------	---	--------------------------------------

#### OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESTERIL, GAZE, CAMPO, ATADURA E MICROPORE.

FO PELE INTEGRA, PEQUENO EXSUDATO SANGUINOLENTO EM MEDIA QUANTIDADE.

04/06/2020 11:50:11

Técnico(a) COREN - 13

ANA JULIA DE JESU

## EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

### Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO**

Registro: **147185**

Nº Internação: **1**

Nascimento: **24/05/1974 46 anos** Data Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

Limpeza:

Tipo de Ferida: **LIMPA**

Localização: **TIBIA**

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

EXSUDATO DA FERIDA

Seroso     Purulento

Sanguinolento

Serossanguinolento

Piosanguinolento

Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

Integra     Escoriada

Sinal Flogísticos

Descamada

Alergica/Dermatite

Macerada

BORDAS

Distintas

Regulares

Irregulares

Quantidade: **Selecionar uma opção**

Odor: **Selecionar uma opção**

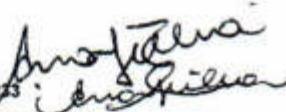
OBSERVAÇÕES GERAIS

LIMPEZA: CLOREXIDINA, LUVA DE PROCEDIMENTO, LUVA ESTERIL, GAZE, ATADURA E MICROPORE.

PELE INTEGRA, SEM PRESENÇA DE EXSUDATO

05/06/2020 11:32:59

Técnico(a) COREN - 1320273

  
**ANA JULIA DE JESUS AVELINO**



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](mailto:hmemorial@veloxmail.com.br)

REGISTRO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

## Dados do Paciente

Paciente FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Registro: 147185 Nº Internação: 1

Nascimento: 24/05/1974 46 anos Data Internação: 23/05/2020 18:56:02 Leito: ENFERMARIA 308B

## OBSERVAÇÕES GERAIS

**AS 06H ENCAMINHO PCT PARA CC EM PRE OP DE FRATURA DE TIRIA ACOMPANHADO DO  
MAQUIERO LEVANDO CONSIGO SEU PRONTUARIO + ANEXOS**

*Selo Juiz Despacho dos Srs  
São João Batista dos Santos  
CORRÊA DE FREITAS*

27/05/2020

COREN - 1392960

SELVO JUNIOR BARBOZA DOS SANTOS

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

### Dados do Paciente

Paciente: **FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO** Registro: **147185** N° Internação: **1**  
Nascimento: **24/05/1974** 46 anos Data Internação: **23/05/2020 18:56:02** Leito: **ENFERMARIA 308B**

#### OBSERVAÇÕES GERAIS

**PACIENTE EM PRE OP DE FRATURA DE TIBIA , SECUE EM ANEXO : ECG + RX + RISCO + EXAMES.**

#### LABORATORIAL

*Ana Kariny*

27/05/2020  
COREN: 0006670  
ANA KARINY COSTA PINHEIRO

## EVOLUÇÃO AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

Dados do Paciente

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO  
Nascimento: 24/05/1974 46 anos

Registro: 147185 Num.Internação: 1  
Data Internação: 23/05/2020 18:56:02



## AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA

### ANAMNESE

#### Antecedentes Hereditários

Sim	Não	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Coronariopatia
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	D. Melito
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Probl. Anestésicos
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros HAS

#### Cardiorespiratório/Nefro

Sim	Não	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	HAS
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	IAM Prévio
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ICo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Disritmias
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	ICC
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	DPOC
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Broncoespasmo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tabagismo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ins. Renal

#### Gastro / Endócrino / Neuro

Sim	Não	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tireoidismo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatites Virais
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Etilismo
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	D. Melito
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Dislipidemia
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Obesidade
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Convulsões
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	AVC Prévio
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alergias
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedade / S. Pânico

### OBSERVAÇÕES

### AO EXAME FÍSICO

#### Ausculta Púlmonar

- Normal  
Alterado

#### Ausculta Cardíaca

- Normal  
Alterado

PA 132 X 84 mmHg

FCm 72 bpm

#### ECG

- Normal  
Alterado  
**BRD**  
Outros

Classe Funcional (NYHA) I

Dr. Miranda, Carlos A. A. S.  
Cardiologista CRM-RN 2278

CARLOS ALBERTO ALVES DA SILVA MIRANDA  
CRM - 2278



Nome: Francisco Corrindo Horácio

Idade: 45 | Apto: 308B

FRANCIS  
lo  
308B  
24/05

3008

**Nome:** FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO  
**Médico:** GUSTAVO SOUZA  
**Local do Atendimento:** DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)  
**Convênio:** HOSPITAL MEMORIAL  
**Origem:** 46-HOSPITAL MEMORIAL

**Idade:** 46 anos  
**Data de Atendimento:** 24/05/2020  
**Data de Impressão:** 24/05/2020 10:49:24  
**Protocolo:** 168081-08  
**Setor:** MEMORIAL Leito:

### CREATININA:

**RESULTADO:** 0,80 mg/dL

**VALORES DE REFERÊNCIA:**

**MASCULINO:**

0,66 a 1,25 mg/dL

**FEMININO:**

0,52 a 1,04 mg/dL

**Material:** SORO

**Data coleta :** 24/05/2020 09:45:00

**Método:** Química Seca

### TAXA DE FILTRAÇÃO GLOMERULAR ESTIMADA(CKD-EPI):

**RESULTADO:** 107,15 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

**VALOR DE REFERÊNCIA:**

1 SEMANA: 41 +/- 15 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

02 A 08 SEMANAS: 66 +/- 25 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

8 SEMANAS A 2 ANOS: 96 +/- 22 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

> 2 ANOS: ACIMA 60 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

**Nota:** Uso de dipirona pode apresentar valores de creatinina mais baixo do que o real.

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:06

### GLICOSE:

**RESULTADO:** 91 mg/dL

**VALORES DE REFERÊNCIA:**

70 a 99 mg/dL

**Material:** SORO

**Data coleta :** 24/05/2020 09:45:00

**Método:** Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:07

*Andrea Luciana A.C. Fernandes*  
Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD  
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. É caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO  
 Médico: GUSTAVO SOUZA  
 Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)  
 Convênio: HOSPITAL MEMORIAL  
 Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos  
 Data de Atendimento: 24/05/2020  
 Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24  
 Protocolo: 168081-08  
 Setor: MEMORIAL Leito:

### HEMOGRAMA COMPLETO:

Material: Sangue total com EDTA  
 Coleta.: 24/05/2020 09:45:00  
 Método.: Automatizado - ADVIA 2120i Cítometria de fluxo peroxidase

### ERITROGRAMA

#### VALORES DE REFERÊNCIA

Hemácias.....	3,64	milhões/mm <sup>3</sup>	4,5	a	6,0	milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	11	g/dL	13,5	a	18,0	g/dL
Hematócrito.....	32,7	%	40,0	a	54,0	%
Volume Corpuscular Médio - VCM.....	89,8	fL	80,0	a	100,0	fL
HGB Corpuscular Média - HCM.....	30,2	pg	26,0	a	34,0	pg
Conc. de HGB Cospuscular Média - CHCM:	33,6	g/dL	32,0	a	36,0	g/dL
RDW - Índice de Anisocitose.....	14,3	%	11,0	a	15,0	%

OBS: Normocíticas e normocrônicas

### LEUCOGRAMA

#### VALORES DE REFERÊNCIA

Leucócitos .....	7.700	/mm <sup>3</sup>	4000	a	11000	/mm <sup>3</sup>
Bastões .....	1	% 77	/mm <sup>3</sup>	40	a	550/mm <sup>3</sup>
Segmentados .....	72	% 5544	/mm <sup>3</sup>	2000	a	7150/mm <sup>3</sup>
Eosinófilos .....	4	% 308	/mm <sup>3</sup>	40	a	550/mm <sup>3</sup>
Basófilos .....	0	% 0	/mm <sup>3</sup>	0	a	110/mm <sup>3</sup>
Linfócitos .....	18	% 1386	/mm <sup>3</sup>	800	a	4400/mm <sup>3</sup>
Monócitos .....	5	% 385	/mm <sup>3</sup>	80	a	1100/mm <sup>3</sup>

OBS:  
 Morfologia conservada

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 468.000 /mm<sup>3</sup> 150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup>

OBS:Aparentemente normal em aspecto

NOTA: Análise hematológica automatizada utilizando-se impedância e cítometria de fluxo, por meio da coloração com peroxidase. Os procedimentos de confirmação da contagens e análise de morfologia são realizados pela técnica de microscopia, quando aplicável.

Liberado por: Sarah Cabral Barroso - CRBM 6657

Data liberação: 24/05/2020 10:48

*Andrea Luciana A.C. Fernandes*  
 Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD  
 CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

(84) 4007-2595 | 9.9997-0341   
[WWW.DNACENTER.COM.BR](http://WWW.DNACENTER.COM.BR)

**Nome:** FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO  
**Médico:** GUSTAVO SOUZA.  
**Local do Atendimento:** DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)  
**Convênio:** HOSPITAL MEMORIAL  
**Origem:** 46-HOSPITAL MEMORIAL

**Idade:** 46 anos  
**Data de Atendimento:** 24/05/2020  
**Data de Impressão:** 24/05/2020 10:49:24  
**Protocolo:** 168081-08  
**Setor:** MEMORIAL Leito:

### POTÁSSIO:

**RESULTADO:** 3,5 mmol/L

**VALORES DE REFERÊNCIA:**  
3,5 a 5,1 mmol/L

**Material:** SORO  
**Data coleta :** 24/05/2020 09:45:00  
**Método:** Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:03

### SÓDIO, DOSAGEM:

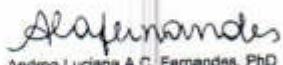
**RESULTADO:** 142 mmol/L

**VALORES DE REFERÊNCIA:**  
137 a 145 mmol/L

**Material:** SORO  
**Data coleta :** 24/05/2020 09:45:00  
**Método:** Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:03

  
Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD  
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

**(84) 4007-2595 | 9.9997-0341**   
**WWW.DNACENTER.COM.BR**

**Nome:** FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO  
**Médico:** GUSTAVO SOUZA  
**Local do Atendimento:** DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)  
**Convênio:** HOSPITAL MEMORIAL  
**Origem:** 46-HOSPITAL MEMORIAL

**Idade:** 46 anos  
**Data de Atendimento:** 24/05/2020  
**Data de Impressão:** 24/05/2020 10:49:24  
**Protocolo:** 168081-08  
**Setor:** MEMORIAL Leito:

### TEMPO DE PROTROMBINA, DETERMINAÇÃO:

**TEMPO PACIENTE.....:** 11,60 s  
**TEMPO CONTROLE....:** 11,6 s  
**ATIVIDADE ENZIMÁTICA:** 100 %  
**INR.....:** 1,00

**VALORES DE REFERÊNCIA:**  
 Atividade enzimática: Superior ou Igual a 70%  
 INR: 0,80 a 1,20

**Material:** PLASMA CITRATADO  
 Data coleta : 24/05/2020 09:45:00  
**Método:** Nefelometria

Laboratorialmente, a terapia anticoagulante é monitorada pelo tempo de Protrombina (TAP/INR) indicado para o uso de anticoagulante oral.

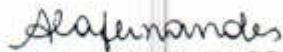
**Nota:**  
 O INR-alvo para a maioria das condições clínicas é de 2,5 com uma faixa aceitável entre 2,0 e 3,0. Em outras condições tromboticas (por exemplo, válvula mitral mecânica) recomenda-se metas de 3,0 com intervalo entre 2,5 e 3,5. O manejo da terapia de anticoagulação é um ato médico e com alvos de INR individualizados caso a caso, conforme estado clínico e comorbidades do paciente.

REF.: ICSI - Health Care Guideline - Antithrombotic Therapy Supplement - Eighth Edition/april 2010

Farandoff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. Volume 2,2011.  
 Elsevier. Tabela: Andrew M et al: The development of the human coagulation system in the healthy premature infant. Blood 70: 165,1987.

Liberado por: Sarah Cabral Barroso - CRBM 6657

Data liberação: 24/05/2020 10:23

  
 Andrea Luciana A.C. Fernandes, PhD  
 CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. É caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

**(84) 4007-2595 | 9.9997-0341**   
**WWW.DNACENTER.COM.BR**

Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO  
 Médico: GUSTAVO SOUZA  
 Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)  
 Convênio: HOSPITAL MEMORIAL  
 Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos  
 Data de Atendimento: 24/05/2020  
 Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24  
 Protocolo: 168081-08  
 Setor: MEMORIAL Leito:

### TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA:

TEMPO DO PACIENTE.....: 29,80 s  
 TEMPO CONTROLE.....: 29,80 s

RELAÇÃO PACIENTE/CONTROLE:..1,00

VALORES DE REFERÊNCIA:

Relação até 1,20

Material: PLASMA CIRTRATADO  
 Data coleta : 24/05/2020 09:45:00  
 Método: Nefelometria

Nota:

O valor satisfatório para os pacientes em uso de heparina, antitrombinicos e anticoagulante orais, deve ser de 1,5 a 2,5 (ratio) do valor de relação paciente/controle, da mesma forma o uso de antitrombinicos como o Bivalirudina e do Argatroban deve ser controlado através de valores de TTPA entre 1,5 e 2,5.

A relação paciente/normal do Tempo de Tromboplastina Parcial Ativado(TTPA) de paciente em uso de heparina não fracionada compreende o seguinte intervalo:

- intervalo terapêutico de heparina não fracionada (1 UI/ml a 7 UI/ml): relação paciente/normal= 1,31 a 2,34.
- dose profilática de heparina não fracionada (1 UI/ml a 3 UI/ml): relação paciente/normal = 1,24 a 2,07.

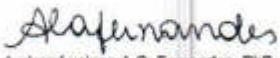
Ref.:

- Faranoff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. Volume 2,2011.  
 Elsevier. Tabela: Andrew M et al: The development of the human coagulation system in the healthy premature infant. Blood 72: 1651,1998.

- Faranoff and Martin's neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. Volume 2,2011.  
 Elsevier. Tabela: Andrew M et al: The development of the human coagulation system in the healthy premature infant. Blood 70: 165,1987.

Liberado por: Sarah Cabral Barroso - CRBM 6657

Data liberação: 24/05/2020 10:23



Andreia Luciana A.C. Fernandes, PhD  
 CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

Nome: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARAUJO

Médico: GUSTAVO SOUZA

Local do Atendimento: DNA SÃO LUCAS (HOSPITAL)

Convênio: HOSPITAL MEMORIAL

Origem: 46-HOSPITAL MEMORIAL

Idade: 46 anos

Data de Atendimento: 24/05/2020

Data de Impressão: 24/05/2020 10:49:24

Protocolo: 168081-08

Setor: MEMORIAL Leito:

## URÉIA:

RESULTADO: 33,0 mg/dL

VALORES DE REFERÊNCIA:

AMBOS OS SEXOS:

1 dia a 3 anos: 10,77 a 35,90 mg/dL  
3 anos a 6 anos: 14,90 a 35,90 mg/dL  
6 anos a 9 anos: 14,90 a 35,90 mg/dL  
9 anos a 11 anos: 20,90 a 35,90 mg/dL  
11 anos a 13 anos: 14,90 a 35,90 mg/dL  
13 anos a 15 anos: 17,40 a 44,90 mg/dL  
15 anos a 19 anos: 17,40 a 44,90 mg/dL

MASCULINO:

> 19 anos: 19,0 a 43 mg/dL

FEMININO:

> 19 anos: 15,0 a 36 mg/dL

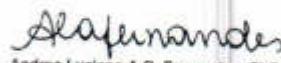
Material: SORO

Data coleta : 24/05/2020 09:45:00

Método: Química Seca

Liberado por: Sistema automatizado

Data liberação: 24/05/2020 10:06

  
Andreia Luciana A.C. Fernandes, PhD  
CRF-RN 1521

Os exames laboratoriais sofrem influência de estados fisiológicos, patológicos, uso de medicamentos. Só seu clínico tem condições de interpretar corretamente os resultados. E caso necessário, sugere-se a critério médico, repetir o exame.

[84] 4007-2595 | 9.9997-0341   
[WWW.DNACENTER.COM.BR](http://WWW.DNACENTER.COM.BR)

57,8 %

PACIENTE: FRANCISCO CANINDE HERMINIO DE ARRUDA

Data Exame: 12/05/2020 21:21:59

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PERNA AP

Idade: 45 anos(s)

Técnico: PAZ SILVATONY



D



Id. Paciente: 21895/2020

Data Exame: 12/05/2020 21:21:59

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

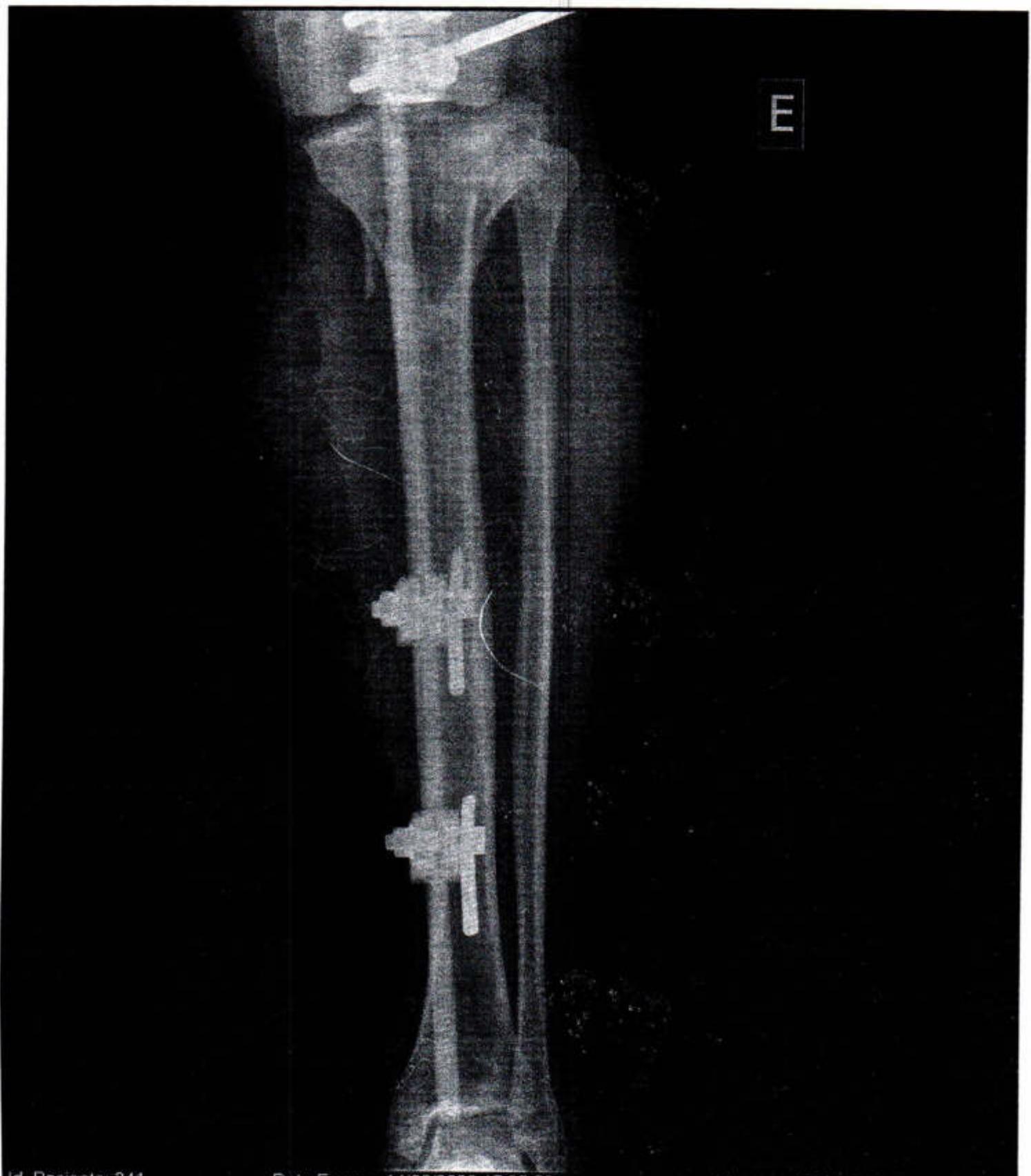
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY,

Idade: 45 ano(s)

PÉ AP

79,4 %



Id. Paciente: 241

Data Exame: 14/05/2020 17:35:56

Técnico: AFRAUSIO

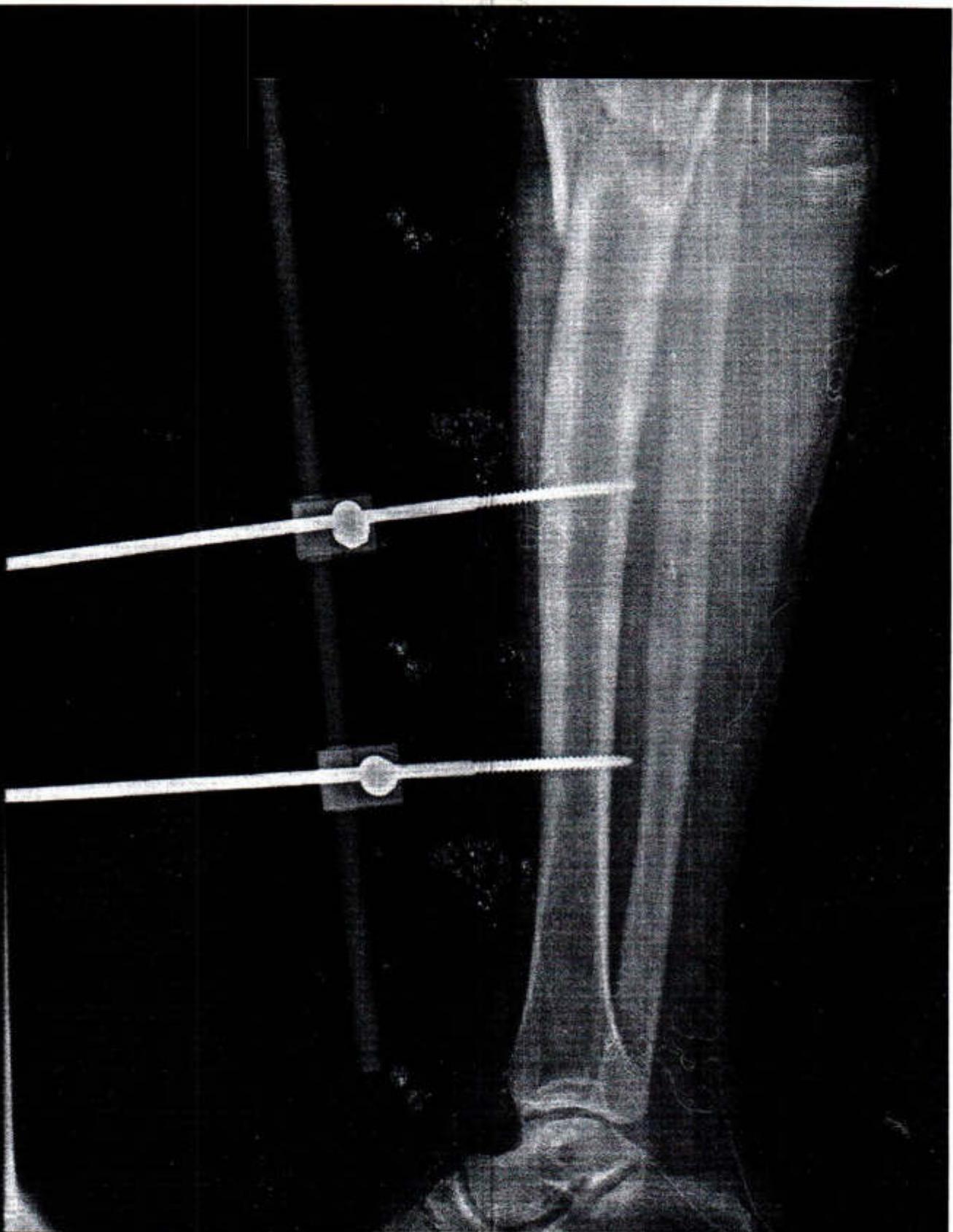
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO

Idade: 0 ano(s)

PERNA AP

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

54,4 %



Id. Paciente: 241

Data Exame: 14/05/2020 17:35:56

Técnico: AFRAUSIO

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Idade: 0 ano(s)

PERNA LAT  
54,4 %

E

HOSPITAL MONSENHOR WALTERO GURGEL  
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO  
Data Exame: 14/05/2020 17:35:56  
Id. Paciente: 241  
Técnico: AFRAUSIO  
Idade: 0 ano(s)  
PE AP





Id. Paciente: 241

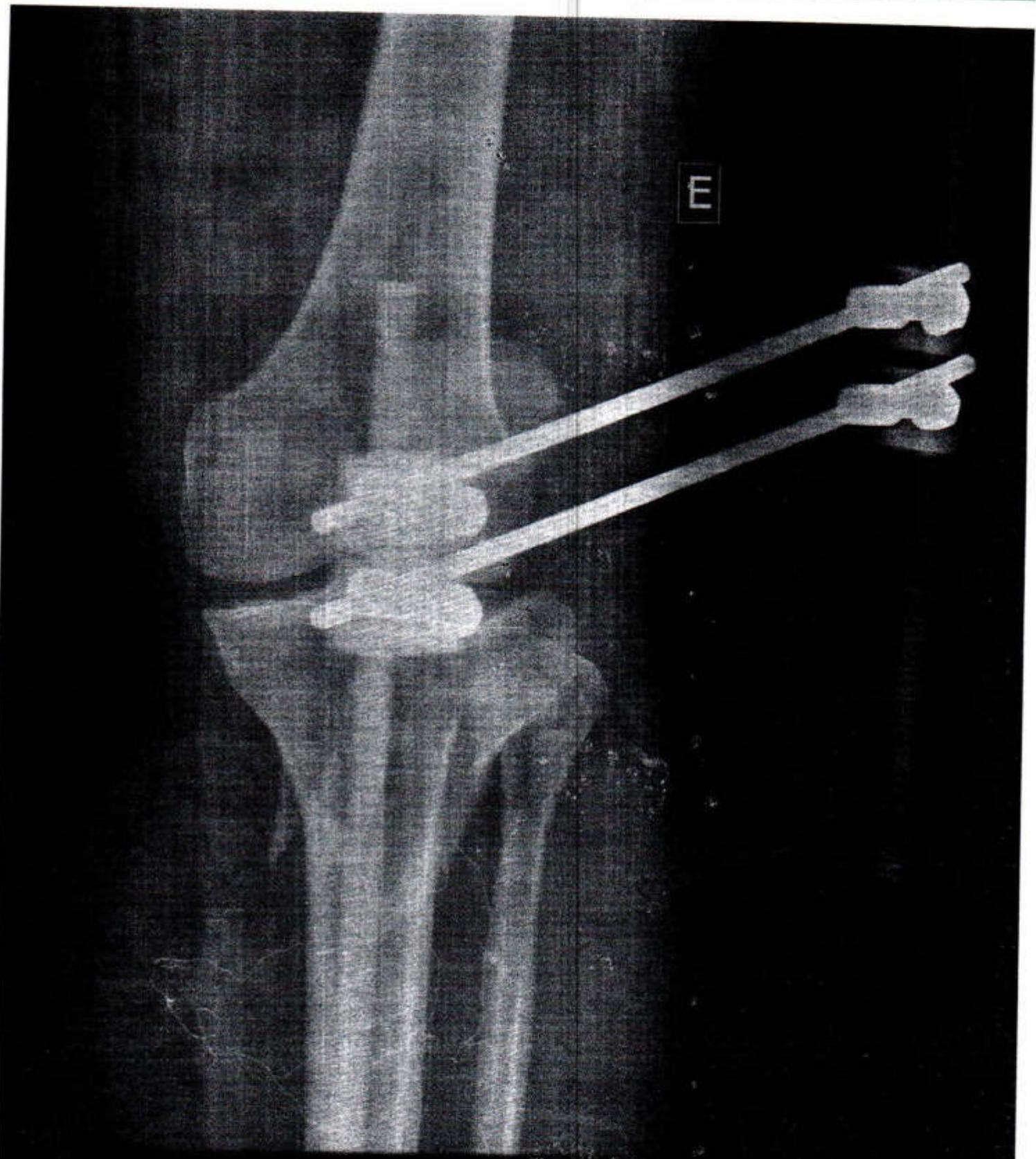
Data Exame: 14/05/2020 17:35:56

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Idade: 0 ano(s)

Técnico: AFRAUSIO

JOELHO AP  
55,2 %



Id. Paciente: 241

Data Exame: 14/05/2020 17:35:56

Técnico: AFRAUSIO

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINIO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

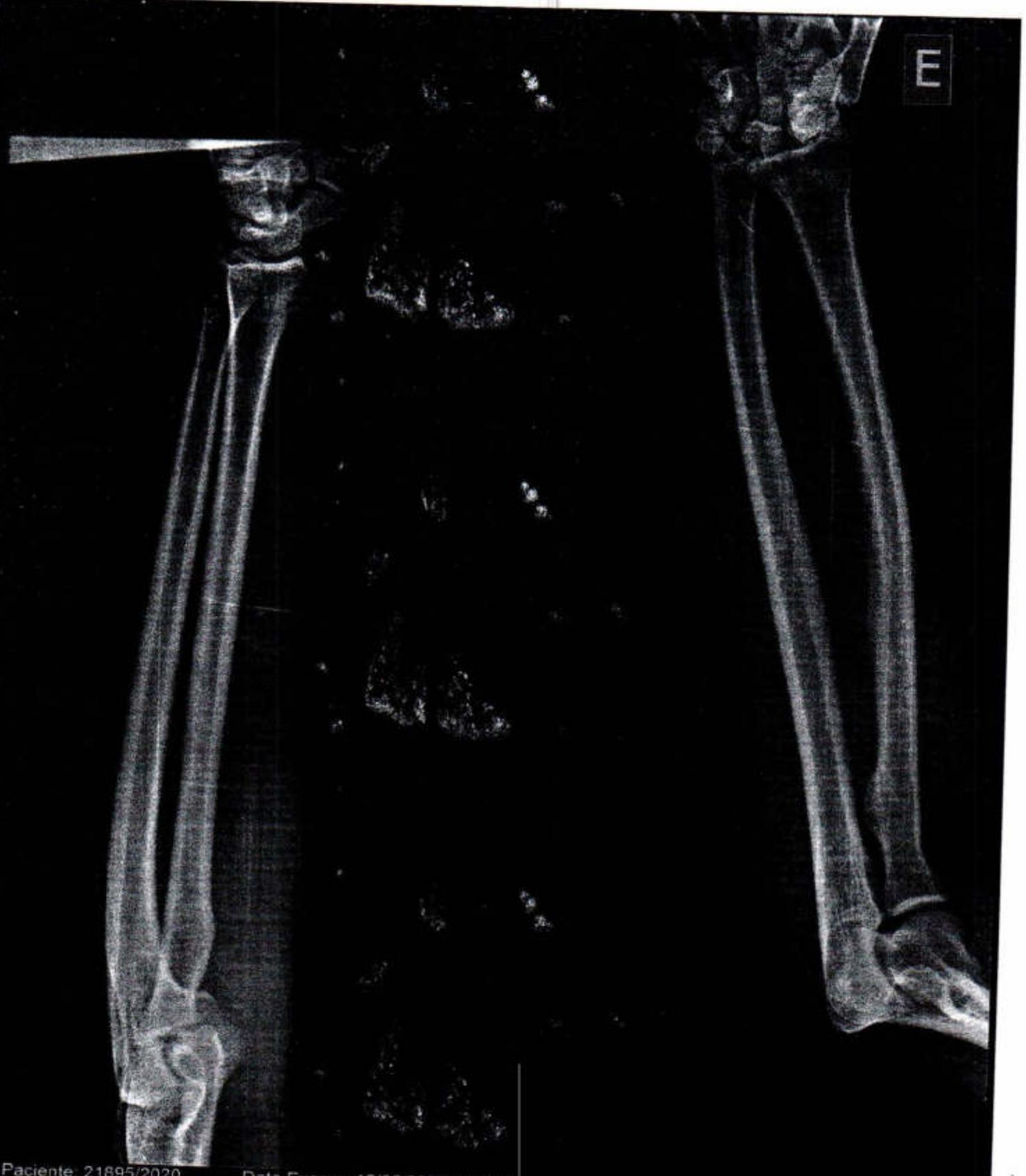
Idade: 0 ano(s)

JOELHO LAT  
81,2 %



Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59  
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY  
Idade: 45 ano(s)  
PERNA AP  
- 57.7 %



E

Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59  
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY  
Idade: 45 ano(s)  
ANTEBRAÇO AF  
57,7 %



Id. Paciente: 21895/2020

Data Exame: 12/05/2020 21:21:59

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY

Idade: 45 ano(s)

JOELHO AP

54,4 %

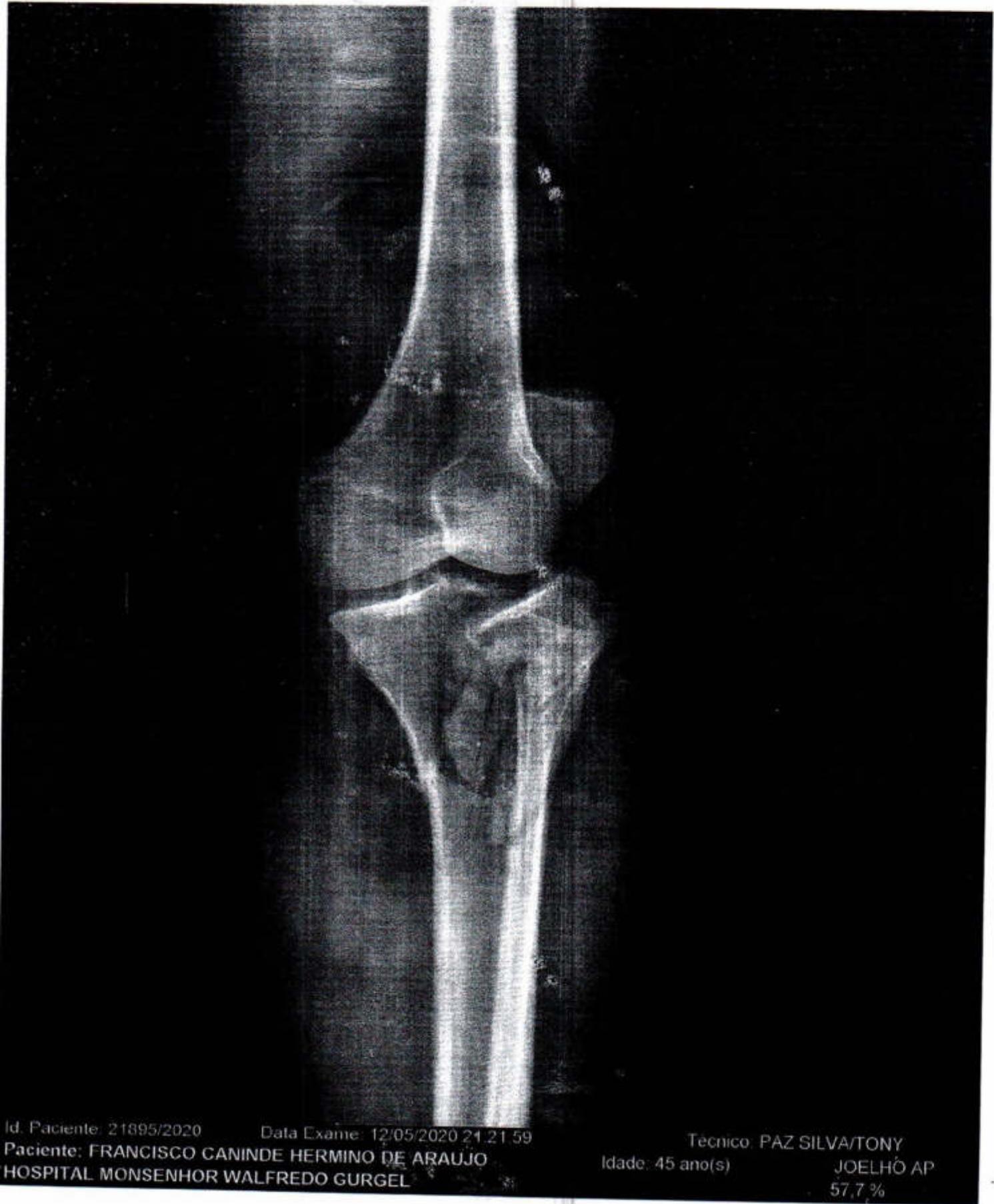


Id. Paciente: 21895/2020

Data Exame: 12/05/2020 21:21:59

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY  
Idade: 45 ano(s)  
PERNA LAT  
57,7 %



Id. Paciente: 21895/2020 Data Exame: 12/05/2020 21:21:59  
Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY  
Idade: 45 ano(s) JOELHO AP  
57,7 %



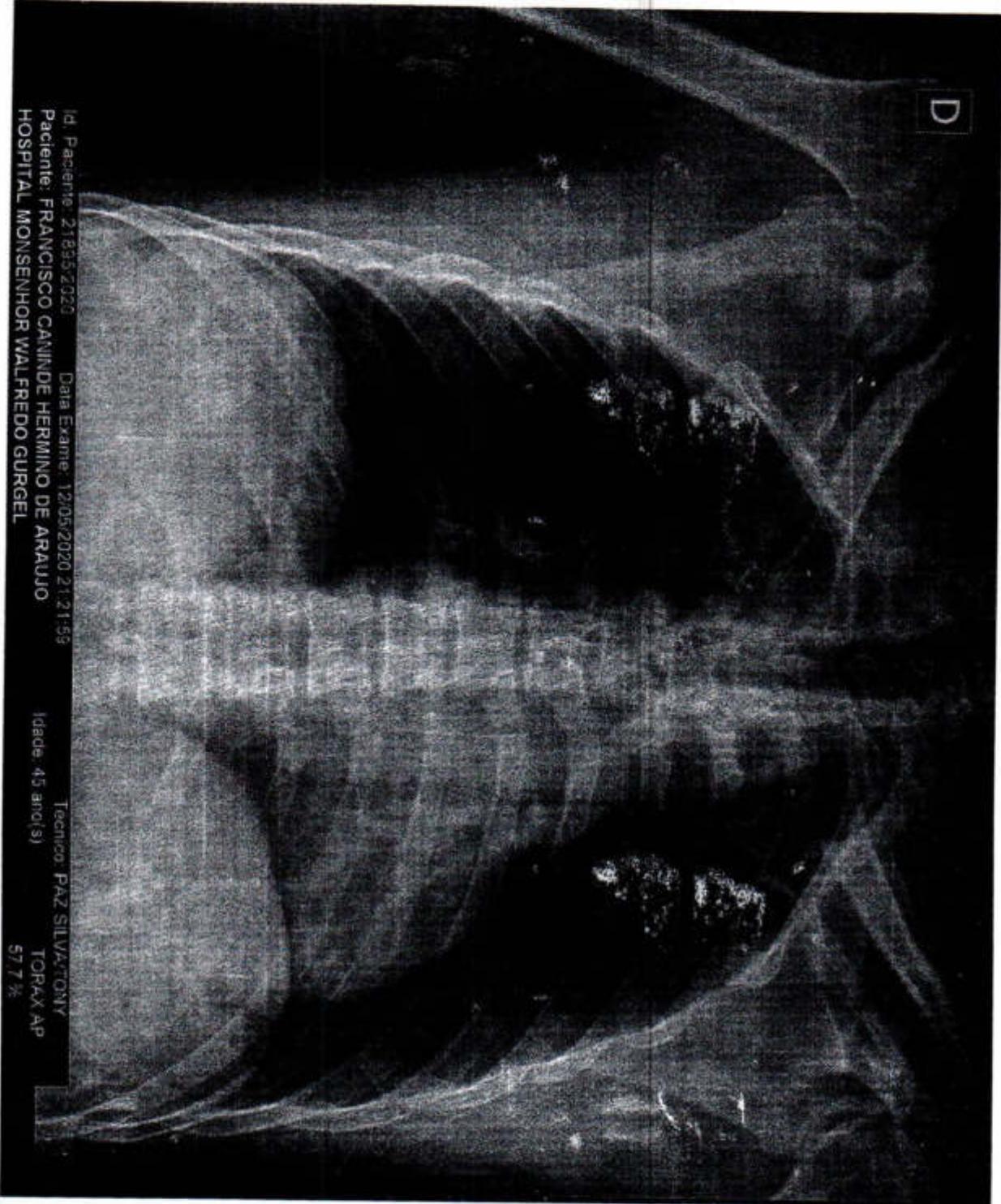
Id. Paciente: 21895/2020

Data Exame: 12/05/2020 21:21:59

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Técnico: PAZ SILVA/TONY  
Idade: 45 ano(s)  
FEMUR AP  
57,7 %

D



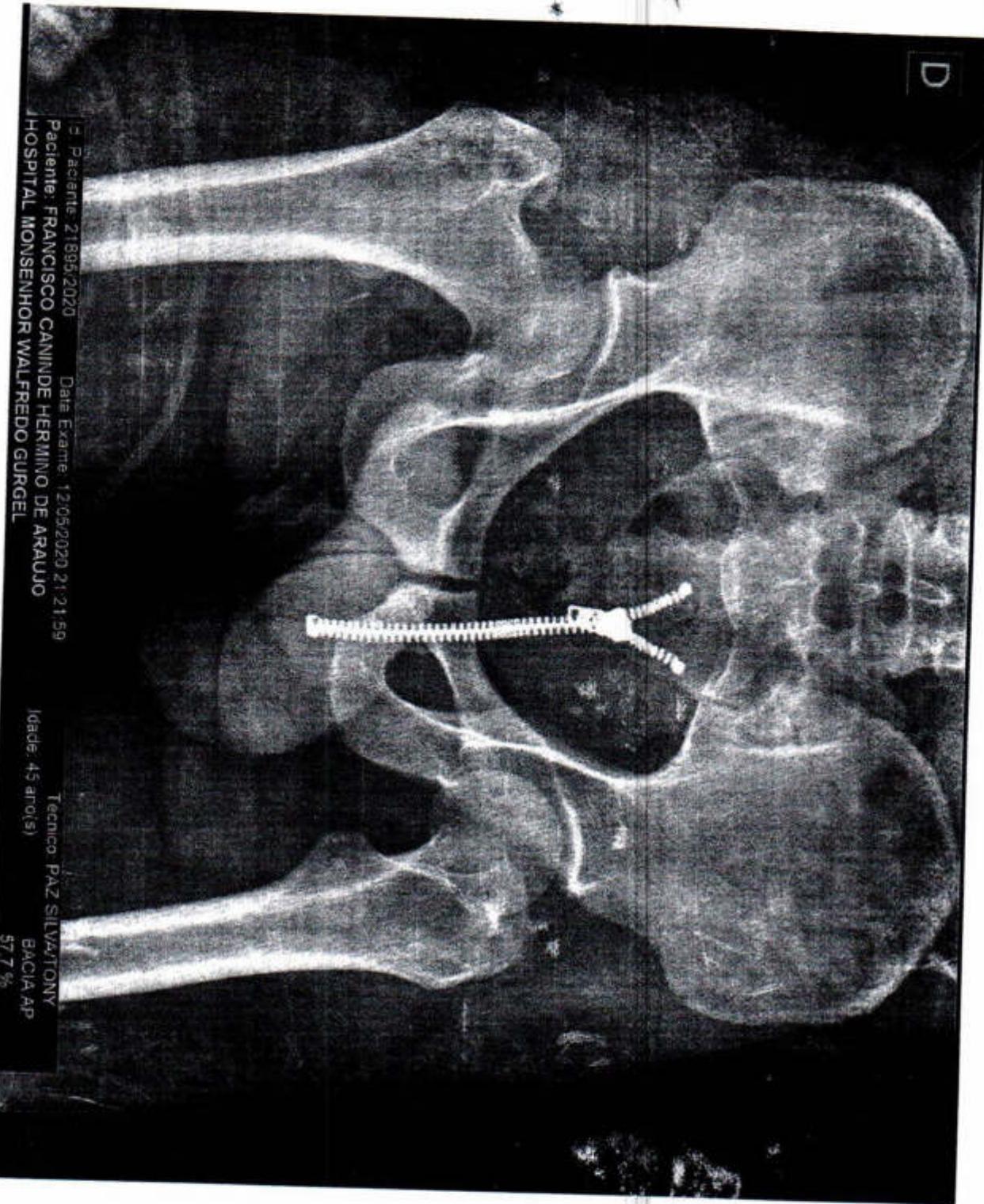
Id. Paciente: 218552020  
Paciente: FRANCISCO CAMINDE HERMINO DE ARAUJO

Data Exame: 12/05/2020 21:21:59  
Tecnico: PAZ SILVATONY  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

(idade: 45 anos(s))  
TORAX AP

577%

D



Paciente: 218952020

Date Exame: 12/05/2020 21:21:59

Paciente: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Tecnico: PAZ SILVANTONY  
(idade: 45 anos)

BACIA AP  
577%



Lando Nédroo

# Fco Caudí Bernuo de Aiapo - 46ans  
# Data do acidente: 12/05/20

# Paciente sofreu acidente motoelettrico que resultou em politrauma e qps culminou com fratura de fôto tubo esquerdo.  
Ausdio grave e cravoso.

# Atualmente refere dor, edema e sequela de malnutrição em parte de 50% de fôto em fôto esquerdo.

# IR2 e S3S

Dra(a):

Dr. Ana Andrade Rodrigues

Data:

08/10/2020

H. D. L. Nédroo

Mossoró:  
Rua Juvenal Lamartine, 119  
Centro  
Fones: (84) 3315-6900 / 3315-6901  
Cel 9.8866-6069

PARACÁ:  
Rua Expedito Alves, 57/N  
Centro

SEPPA DO MEL:  
R. Col. Severiano Lopes da Costa, 2214  
Vila Brasília  
Fone: (84) 9.8782-0474

ASSU:  
Av. Senador Ilídio Câmara, 1304  
Centro

PARAMIRIM:  
Av. Bella Parameirim, 880  
Vila Nova

NATAL:  
Av. Presidente Medice, 256  
Igapó - Zona Norte



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



BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 21895 /2020

Admissão: 12/05/2020 20:58:34

CIRURGIA GERAL - VERDE

H-11

Paciente: 173499 - FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO (45 a 11 m 19 d)

Nascimento: 24/05/1974 Natural: PARAZINHO.BRASIL

CNS: 898003711228927

CPF: 90405552491

Sexo: M Cor: PARDA

Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

Pai:

Logradouro: COUTO MAGALHAES, 15

CEP: 59114211

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987154305

Compl: CASA C

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 12/05/2020 20:54:44

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
1405100			99%		22	69	-	15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO APRESENTA TRAUMA EM MIE

Hora:

Paciente retorna de jardim de moto há ± 1h. De colapso sem perda de consciente, náuseas ou vômitos. Nega ter ferido a cabeça. Dávam dor em MS e MJE.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Viz aux clara d color d humor
- B M+ dura les SIAA forox extenuat enures
- C Pox d 3rd SIS- pulm obvio
- D Dolorox 15
- E Semidolorox MJE

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Not: Pox d humor, olfact mobilis d  
dolorox extenuat

RAIOS-X

12:05pm 27.5x  
posterior

\*Saída:

-

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Hospital do Mayo - Doutor

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Lip CC

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Aassinatura e Carimbo do Responsável

Aassinatura 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

Dr. Antônio Araújo

I.T.E.P.

Odontologia e Traumatologia  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
Cirurgia de Reconstrução  
CRM-PR 00477 TECIT 1089

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:

Entregue à família

com Atestado

SVO

I.T.E.P.



Nome

Idade:

Nº Registro:

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

13/01/2020

paciente unisex  
nordestino  
six intubado

EDD + 1400m abus  
DAV - n c vascular

3º Piso  
Muriel Borges  
Ortopedia/Transtornos  
13.11.2020 13:30:12



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

## FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Fco Corrêda Marinho de Araújo

ASA: DE

idade: 45 a

Syndicat

Registro:

Diagnóstico: Frat. de protoxiliaf Esg.

Data: 13/05/2020

Cirurgia Realizada: LMC + fixador externo

### Auxiliaries

Cirurgião: Bruno Borges

Anestesiologista: João Corrêa

#### **Enfermagem:**

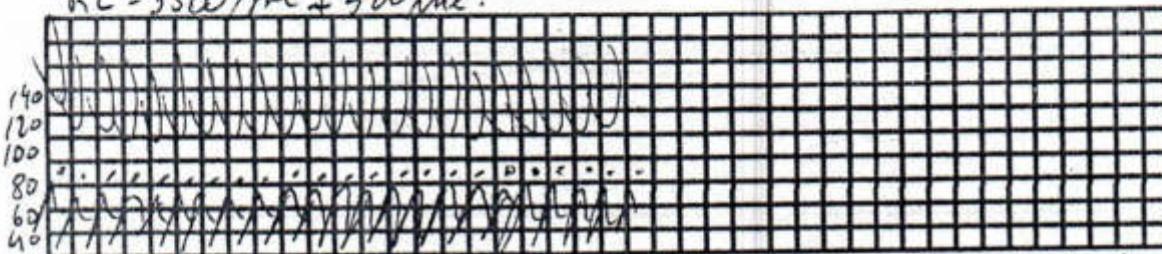
História Clínica Admisional: Estável, eupnico, apertil, LORE, colaborativo.  
Nego Alucinar.

Técnica Anestésica: MCCT OF + PNUJ. Reviñas de venoclisis.

Raqui: Entado Anterior: compor esteril: punco tópico L3-L4 para mediana: LCR Claro: 32,5mg de Bupivacaina perada + 0,06mg de Morfina.

OBS:  $\Rightarrow$  a 05 h,  
a vascular reso  
abordar o pct  
Sindr. compat.

$\beta L = 1500 \text{ ml} + 500 \text{ ml}$



Início: 04:00 Fim: 04:15

Término:  04:50  04:45

#### Anestésicos Utilizados:

1. Monitorizar + Revisar Venoclisis  
3. Ragiulometria  
5. Difluna 2gt Plaxil 50mg EV  
7. Cefazidima 2g EV  
9.

2. Fentanyl 100mcg EV  
3. Diazepam 3.0mg EV  
4. Bromocriptine 10mg IV/exametazone 1.0mL  
5.  
6.  
7.  
8.  
9.  
10.  
11.  
12.  
13.  
14.

Encaminhamento: A SRPA. Aldrete 9. Sem interconexão.  
Soprojamento pequeno.

Assinatura do Anestesiologista - CRM

João Carlos L. Rebouças  
CRWJRN. 6896  
Presidente Figueira



## FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Fco Canindé H da Azev ASA: I E

Idade: 45 a Sexo: M Registro:

Diagnóstico: PO Foscotani + Fr MIE Data: 17/05/2020

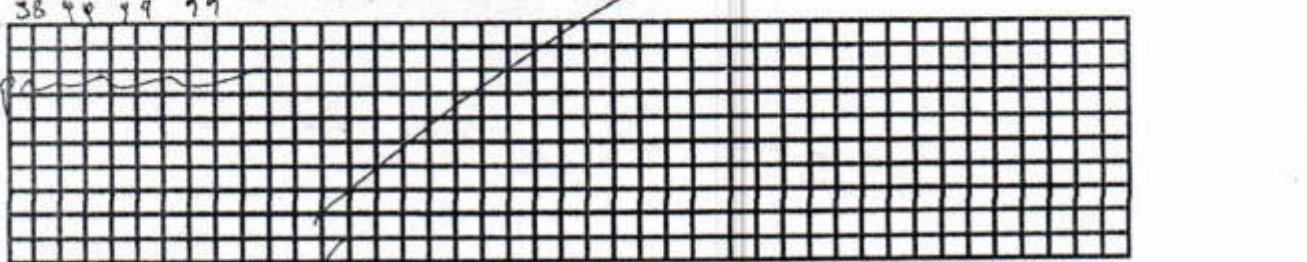
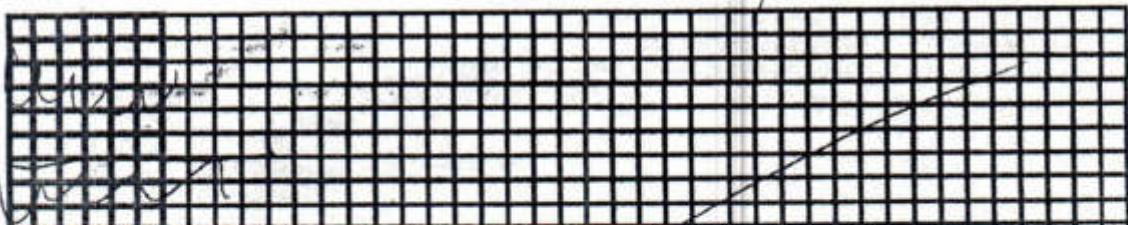
Cirurgia Realizada:

Cirurgião: Tigor Leandro Auxiliar:

Anestesiologista: Luan Almeida Enfermagem:

História Clínica Admisional: Tejup > 86 kg P ~ 70 kg.

Técnica Anestésica: DPH + Norto Sj Suaçut Senta (Ajuste 270).  
Antes: tocar betes 12 aguas  
201: Emc. ao cro blog mtr 1/11/11



Início: 08:20 / 08:30 Término: 09:00 / 09:10

Anestésicos Utilizados:

1. Bupi 8 10mg
2. Midazolam 3mg
3. Fent 10mg
4.
5. Musca 10
6.
7. Lio 3ml > batão
8.
9.
10.
11.
12.
13.

Encaminhamento: ao cro

Dr. Luan de Assis Almeida

Médico

CRM/RN 7747

Assinatura do Anestesiologista - CRM

INICIO DE CIRURGIA: 04:30 / 04:50  
CIRURGÃO: Drº Bruno Mutuz Borges / Drº Iran José

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

TIPO DE CIRURGIA: Cirúrgico de fratura de Plataforma tibial (E com fixador Externo)

2º Procedimento: Fasciotomia

TÉRMINO DE CIRURGIA: 04:45 / 05:50h

SONDAGEM VESICAL: SIM ( ) NÃO (X)

Nº DA SONDA:

SONDAGEM NASOGÁSTRICA: SIM ( ) NÃO (X)

Nº DA SONDA:

EXAMES LABORATORIAIS: SIM ( ) NÃO (A)

RX: SIM ( ) NÃO ( )

RECEBEU HEMOTRANSFUSÃO: SIM ( ) NÃO (X)

TIPO:

RETIRADO PEÇA CIRÚRGICA: SIM ( ) NÃO (X) TIPO:

ENCAMINHADO PARA PATOLOGIA: SIM ( ) NÃO (X) FEITO FICHA: SIM ( ) NÃO (X)

MEMBRO AMPUTADO: SIM ( ) NÃO (X) ENCAMINHADO AO NECROTÉRIO SIM ( ) NÃO (X)

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

DESPREZADO NO LIXO: SIM ( ) NÃO (X)

COMPRESSAS CONFERIDAS: SIM (X) NÃO ( ) QUANTIDADE: 30

GAZES CONFERIDAS: SIM (X) NÃO ( ) QUANTIDADE: 80 + 10

CAIXA CIRÚRGICA:

COMPLETA: SIM (X) NÃO ( ) OBS:

ÓBITO: SIM ( ) NÃO (A) HORA: REALIZADO RCP: SIM ( ) NÃO (X)

RESPONSÁVEL PELA RCP:

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

EM AR AMBIENTE: SIM (X) NÃO ( ) TRAQUEOSTOMIZADO: SIM ( ) NÃO (X)

ENTUBADO: SIM ( ) NÃO (X)

PREENCHIDO AIH: SIM (X) NÃO ( )

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

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

OBSERVAÇÕES: Paciente admitido na S.O consciente, orientado em ambiente proximamente da Ortopedia para submeter-se a um procedimento cirúrgico aos cuidados da Ortopedia monitorizado ECG, oxímetro de pulso, PNI PA 110x73 mmHg FC 80 bpm SpO<sub>2</sub> 99%.

Procedimento realizado sem interrupção 06:00 Paciente encaminhado para SRPA concomitante em ambiente HVP vialetizando LV seguindo os de sequencia

Assinatura do(a) Enfermeiro(a)

Fátima Duarte  
Assinatura do Circulante

Rafael

Assinatura do Instrumentado

ESTE HOSPITAL É SEU, É MEU, É NOSSO.

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL  
*Admissão de Internamento Hospitalar*

N° FIA: 4683 /2020

Prontuário: 1196830

Paciente: 173499 - FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Cartão SUS: 898003711228927

CPF: 90405552491

Dt Nasc: 24/05/1974

Idade: 45 anos 11 meses 19 dias Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

Nome do pai:

Rua/Av: COUTO MAGALHAES

Nº:15

Complemento: CASA C

Bairro: NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO

CEP: 59114211

Cidade: NATAL

Telefone: 84 987154305 84 987154305

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: PS - ORTOPEDIA

Leito: 1004

Responsável: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO -

Usuário: FRANCISCO BEZERRA DE MACEDO

*Transf. p/ H. Memorial*

Admissão: 12/05/2020 22:18:18

Alta: 23.05.20

Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S82.7 - FRATURAS MULTIPLAS DA PERNAS

408050551 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

**RESUMO DE ALTA**

NATAL, 12 de Maio de 2020.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CF



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SESAP - SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL/CLOVIS SARINHO  
DIREÇÃO DE ENFERMAGEM  
COORDENAÇÃO BLOCO CIRÚRGICO

## **MATERIAL ESPECIAL - OPME**

PACIENTE: Francisco Caninde H. de Araujo DN: 24/05/1974  
REG: 173499 FIA: 4683 DATA: 13/05/2007 SALA:

DIAGNÓSTICO: Fractura de Plato<sup>1</sup> tibial (E)

## **PROCEDIMENTO REALIZADO**

Imagem RX - SBOT 13842

( ) SIM      ( ) NÃO

Renata Cristina Monteiro Canzella dos Santos Marques

Coren-RN-142 317. P0

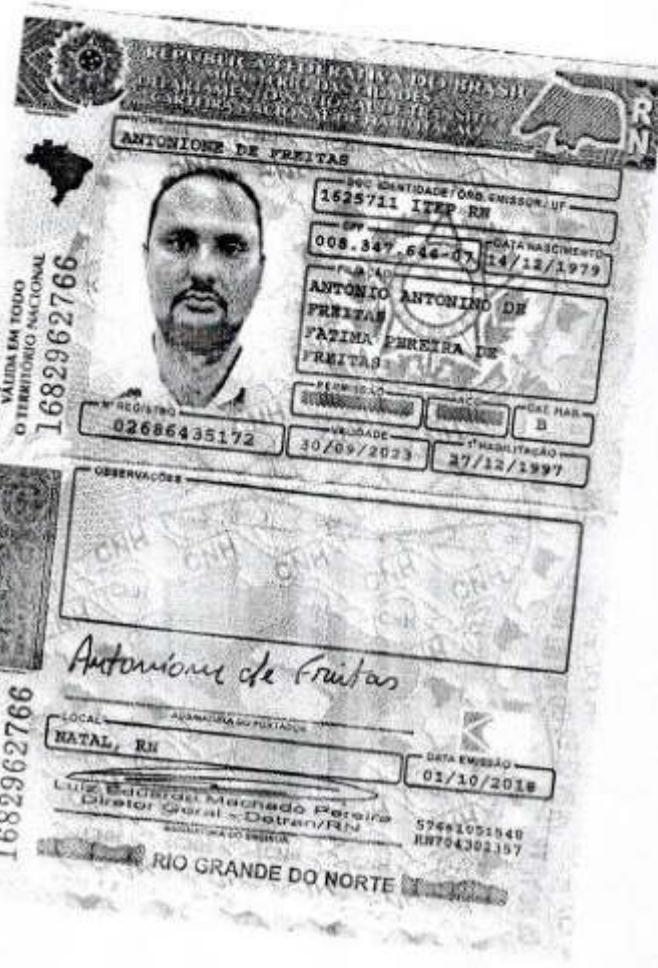
ENFERMEIRO CENTRO CIRURGICO

CIRURGIÃO RESPONSÁVEL

INSTRUMENTADOR

Fatima Jiwani

CIRCULANTE





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - RN 12407 // 00423 N° 015158291636  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C	EXERCÍCIO
1	01138988755	*****	2020

NOME

HENRIQUE MAURICIO DE SOUZA LIRA

CPF / CNPJ	PLACA
113.520.314-85	QGT5890
PLACA ANT / UF	Nº CHASSI
QGT5890/RN	9C2MD4100HNO23222

ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSEGETRO / MOTOCICLETA / MOTO / AVE / TC / ATVS / ALCOOL / GÁSOLINA		GÁSOLINA	
MARAÇ / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / XRE 190		2017	2017
CAP / POT / CIL		COR PREDOMINANTE	
0CV/184 CILINDRADAS		PARTICULAR	
COTA UNICA		VENO / COTAS	
I	R\$ 0,00	1 <sup>o</sup>	PAGO
P		2 <sup>o</sup>	PAGO
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	
A	003508 3X	R\$ 48,15	3 <sup>o</sup>
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	
*** TAXAS DETRAN: PAGO ***		PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO	
DPVAT: PAGO			

OBSERVAÇÕES  
ALIEN. FID. EM FAVOR DE: 03.634.220/0001-65  
BANCO HONDA S/A  
MOTOR: MD41EHO23277

NATAL / RN

Carlos Silvestre do Silva  
Coordenador de Registro de Veículos  
DETRAN-RN

DATA  
13/02/2020

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RN N° 015158291636 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	2020	13/02/2020

RENAVAM	CPF / CNPJ	PLACA
01138988755	113.520.314-85	QGT5890
MARAÇ / MODELO		Nº CHASSI
HONDA / XRE 190		9C2MD4100HNO23222
ANO FAB.	CAT. TIRE	
2017	9	

FMS (R\$)	DETRAN/RN (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
VALOR DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
PAGAMENTO		
COTA UNICA	PARCELA	DATA DEQUITAÇÃO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

CNPJ 09.248.000/0001-04

## PROCURAÇÃO

Outorgante:

FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO  
profissão AUTONOMO, residente e domiciliado à Rua NOVO ORIENTE  
Nº 226, Bairro N.S APRESENTAÇÃO, Município de NATAL, Estado de (o) RN  
RUA GRANDE NORTE CEP 59.114-247, portador (a) do RG nº 001.438.379  
SSP/RN e CPF nº 904.055.524-91

Outorgado:

ANTONIO NE OS FREITAS, brasileiro(a), estado civil  
SOLTEIRO, profissão NGO OCCAM, residente e domiciliado à Rua  
AV. GUMERCINDO SADIM, Nº 301, Bairro PIGUARIA, Município de  
NATAL, Estado de (o) RN, RUA GRANDE NORTE CEP 59.122-290, portador (a) do RG  
nº 026.884.35172, SSP/RN e CPF nº 008.352.688-07

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.  
(a) FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO ocorrido em 12/05/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado de entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.



NATAL RN, dia 5 de Setembro de 2020

Francisco Caninde Hermino de Araujo

Outorgante

CPF nº 904.055.524-91

OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.



PRIMEIRO OFÍCIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE  
Rua do Largo, 11 | Amarante | CEP: 59.296-017 | São Gonçalo do Amarante | RN  
Fone: (84) 3614-0167 | Email: cartorio142@gmail.com

Reconheço AUTÊNTICA a firma  
de FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO, Dou fô.  
Selo Digital: RN202000053230020559INW  
Confira a autenticidade em: <http://selodigital.tjrn.jus.br>  
São Gonçalo, 4 de Setembro de 2020 12:51:40  
Em testemunha \_\_\_\_\_ da verdade.  
ESCREVENTE AUTORIZADO  
Cod: 15994DNA34636834 Usuário: Jailton



Jefferson Santos  
Escrevente

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286879/20

**Vítima:** FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

**CPF:** 904.055.524-91

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 12/05/2020

**Titular do CPF:** FRANCISCO CANINDE  
HERMINO DE ARAUJO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO : 904.055.524-91

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: 09/10/2020  
Nome: ANTONIONE DE FREITAS  
CPF: 008.347.644-07

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2020  
Nome: BRENO SANTANA DE ANDRADE  
CPF: 106.762.784-77

\_\_\_\_\_  
ANTONIONE DE FREITAS

\_\_\_\_\_  
BRENO SANTANA DE ANDRADE

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

---

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200363252**

**Vítima: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 12/05/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIONE DE FREITAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do procurador do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200363252

Vítima: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

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 joelho 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: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000125187-4

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, retorno 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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

904 055 524 - 91

4 - Nome completo da vítima:

FRANCISCO CANÍNIO DE HERMÍNO DE ARAÚJO

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

5 - Nome completo:

FRANCISCO CANÍNIO DE HERMÍNO DE ARAÚJO

6 - CPF:

904 055 524 - 91

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

PAZ NOVO HORIZONTE

9 - Número:

726

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

N.S. DA APENASMÉACAU

12 - Cidade:

NATAL

13 - Estado:

RN

14 - CEP:

59.114-247

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 98833-6586

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 2010

CONTA: 00125187

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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: \_\_\_\_\_

Sim

Não

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

Vivos: \_\_\_\_\_

Falecidos: \_\_\_\_\_

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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  
eletrônica  
da  
vítima ou  
beneficiário  
que assina

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NATAL RN 08 DE OUTUBRO DE 2020

X Francisco Canino de Hermíno de Araújo

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

44 - Assinatura do Advogado (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00041186/2020

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 09/07/2020 10:49:01 Data/Hora Fim: 09/07/2020 10:49:01  
Delegado de Polícia: Alzira Veiga de Medeiros

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos

Data/Hora do Fato: 12/05/2020 19:55

**Local do Fato**

Município: Natal (RN)

Bairro: Nossa Senhora da Apresentação

Logradouro: rua couto Magalhães

Nº: sn

Ponto de Referência: Colégio Frazão

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Veículo

**EN VOLVIDO(S)**

**Nome Civil: FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO (COMUNICANTE , VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 24/05/1974 Idade 46

Profissão: Marceneiro

Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: MARIA JOSE DE ARAUJO

Nome do Pai: MANOEL JOSE DE ARAUJO

**Documento(s)**

RG: 1438379

CPF: 904.055.524-91

**Endereço**

Município: Natal - RN

Logradouro: AV MIGUEL DE CEVANTES

Nº: 510

Complemento: LT ALIANCA

Bairro: N S APRESENTACAO

CEP: 59.114-735

Telefone: (84) 9927-4572 (Celular)

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

**Grupo** Veículo

**Subgrupo** Motocicleta/Motoneta

**Descrição** moto

**CPF/CNPJ do Proprietário** 113.520.314-85

**Placa** QGT5890

**Renavam** 01138988755

**Número do Motor** MD41E0H023277

**Número do Chassi** 9C2MD4100HR023222

**Ano/Modelo Fabricação** 2017/2017

**Cor** PRETA

**UF** Veículo RN

**Município** Veículo Natal/RN

**Marca/Modelo** HONDA/XRE 190

**Veículo Adulterado?** Não

**Situação** Envolvido, Meio Empregado

**Última Atualização Denatran** 26/03/2020

**Situação do Veículo**



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS - NATAL - RN**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00041186/2020

ALIENACAO\_FIDUCIARIA\_FILE\_VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO	Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

**FRANCISCO CANINDE HERMINO DE ARAUJO** informa que conduzia a motocicleta (dados acima), no local, horário e data (acima mencionados, quando perdeu o controle do referido veículo, "depois de derrapar" na pista molhada". Diz que a "pista", estava molhada em razão das fortes chuvas que caíram em nossa cidade na hora do fato..

DOCUMENTOS APRESENTADOS:

- 1- Boletim de atendimento nº 21895
- 2- CNH
- 3- Documentos do veículo envolvido
- 4- comprovante de residência
- 5- Documento do SAMU nº 330439/1

**ASSINATURAS**

Alvaro Alves de Souza Bezerra  
agente de polícia  
Matrícula 1701860  
Responsável pelo Atendimento

Francisco Caninde Hermino de Araujo  
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 904 055 524 - 91 4 - Nome completo da vítima: **FRANCISCO CANÍNIO DE HERMÍNO DE ARAÚJO**

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

5 - Nome completo: **FRANCISCO CANÍNIO DE HERMÍNO DE ARAÚJO** 6 - CPF: 904 055 524 - 91

7 - Profissão: **Autônomo** 8 - Endereço: **TRUA NOVO HORIZONTE** 9 - Número: 726 10 - Complemento: **CASA**

11 - Bairro: **N.S. DA APENASMEACAU** 12 - Cidade: **NATAL** 13 - Estado: **RN** 14 - CEP: **59.114-247**

15 - E-mail: **(83) 98833-6586** 16 - Tel. (DDD):

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	_____
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	_____

AGÊNCIA: <b>2010</b>	CONTA: <b>00125187</b>	DIGITO: <b>4</b>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	--	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

37 - Local e Data, **NATAL RN 08 DE OUTUBRO DE 2020**

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante) **X FRANCISCO CANINHO DE HERMINO DE ARAUJO**

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)