

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

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190396499

Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIERISON SILVA DA CUNHA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190396499 **Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Data do Acidente: 05/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIERISON SILVA DA CUNHA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de ambos os membros inferiores 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000033

Conta: 0000025957-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190396499

Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIERISON SILVA DA CUNHA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
096.879.359-13 **Thiago Lison Silva da Cunha**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 449/2012

5 - Nome completo: **Thiago Lison Silva da Cunha** 6 - CPF: **096.879.359-13**
 7 - Profissão: **Estudante** 8 - Endereço: **Rua da Soledade, 115** 9 - Número: **59** 10 - Complemento: **-**
 11 - Bairro: **Macapá** 12 - Cidade: **Macapá** 13 - Estado: **AP** 14 - CEP: **69010-227**
 15 - E-mail: **(89) 98883-1857** 16 - Tel. (DDD): **(89) 98883-1857**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Caixa Econômica**

AGÊNCIA:

CONTA:

6

(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 o dendo, 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 por invalidez permanente, uma vez que **assinei uma das opções**:

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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 de falecimento da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valencas): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar 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.

PROTÓCOLO RECEBIDO

34 - Nome:

CPF:

25 JUN 2017

TERCEIRO SOLAPM
Assinatura da testemunha CORRETORA DE SEGUROS,

35 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data:

MANAUS 25/06/17
Thiago Lison Silva da Cunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



AUTO-ATENDIMENTO - AB. RIBEIRA/RN
DATA: 24/06/2010 HORA: 15:20:51
TERMINAL: 00331263 CONTROLE: 003312630116

=====
AGÊNCIA: 0033 - RIBEIRA
CONTA : 001.00025957-6
CLIENTE: JANIERISON SILVA DA CUNHA

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

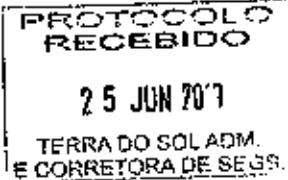
RESUMO

SALDO
SALDO TOTAL
SALDO COM LIMITE



"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Dúvidas da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

Endereço: Complexo de Delegacias Especializadas, Av. Ayrton Senna, 3134, NEÓPOLIS, NATAL, FONE/FAX: 32321565

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019031000301 1.2 Data de Expedição: 22/04/2019 10:45:28
 1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/HOMEM 1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/01/2019 22:41:00 2.2 Autoria: Desconhecida
 2.3 Fato: Consumado 2.4 Flagrante: Não
 2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo 2.6 Tipo do local: Via Pública
 2.8 Número: 2.7 Logradouro: AVENIDA TRAIRI
 2.10 Complemento: esquina com prudente de morsis 2.9 CEP:
 2.12 Bairro: PETROPOLIS 2.11 Ponto de Referência:
 2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JANIERISON SILVA DA CUNHA 3.2 Estado Civil: Solteiro(a)
 3.3 Nome Social: 3.4 Pai: JOAO DA CUNHA
 3.5 Etnia: Parda 3.6 Mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA
 3.7 Sexo: MASCULINO 3.8 Orientação Sexual:
 3.9 CPF: 096687935413 3.10 Identidade do Gênero:
 3.11 Nacionalidade: 3.12 Data de Nascimento: 08/01/1984
 3.13 Profissão: PINTOR 3.14 RG: 1964389 - Itep/RN
 3.15 Telefone(s): 84 987873664 3.16 Passaporte:
 3.17 Número: 59 3.18 Naturalidade: NATAL - RN
 3.19 Bairro: MÃE LUIZA 3.20 E-Mail:
 3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE 3.22 Logradouro: RUA DA SOLIDARIEDADE
 3.23 Cidade: NATAL 3.24 CEP:

4. DADOS PESSOAIS DA(S) VÍTIMA(S) (NÃO FORAM INCLUÍDAS VÍTIMAS)

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não 7.1.2 Seguradora:
 7.1.3 Chassi: LHJXCBLA0EB401890 7.1.4 Renavam:
 7.1.5 Placa: 7.1.6 Estado:
 7.1.7 Marca: BASHAN 7.1.8 Modelo: JONNY MEET 50CC
 7.1.9 Ano da Modelo: 0 7.1.10 Ano da Fabricação:
 7.1.11 Cor do veículo: PRATA 7.1.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR
 7.1.13 Nota Fiscal: 7.1.14 Número do Motor:
 7.1.15 Nome do proprietário: ELVIS MAICON DE LIMA SILVA 7.1.15 Vínculo com a Ocorrência:
 7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE 7.1.18 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARCEU NESTA UNIDADE ESPECIALIZADA, PARA INFORMAR QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL, SUPRA, ESTAVA CONDUZIDO A MOTONETA RELACIONADA, OCASIÃO NA QUIL SE ENVOLVEU EM UMA COLISÃO COM UM AUTOMÓVEL, QUE LESIONADO APÓS O ACIDENTE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O PRONTO SOCORRO CLOVIS SARINHO, CONFORME DECLARAÇÃO E ATENDIMENTO ANEXOS. NADA MAIS INFORMOU.

9.2 Informações do CIOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

11. DECLARAÇÃO

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

Data: 22/04/2019 10:45:28

Policial

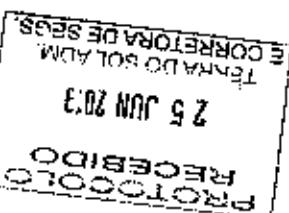
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1573748 - RAYMOND RAUSLY DA COSTA CABRAL

Impresso por: 1573748 - RAYMOND RAUSLY DA COSTA CABRAL em 22/04/2019 10:45:34

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 4 - Nome completo da vítima: 096.879.359-13 Anderson Silva da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 449/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 096.879.359-13
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 59 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 59014-227
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (54) 98883-1857

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (343)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: CONTA: CONTA: 25957 6
 (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, cronmando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

NÃO ALFARETIZADO

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1^a | Nome: 25 JUN 2017
 CPF:
 ITRPA DO SOL ADM - Assinatura da testemunha
 39 - 2^a | Nome:
 CPF:
 CORRETORA DE SEGUROS - Assinatura da testemunha

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS



PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **JANIERISON SILVA DA CUNHA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 05/01/2019, aproximadamente às 22h41min, na Avenida Trairi com a Prudente de Moraes, Petrópolis, nesta Cidade, Sob nº de Ocorrência 238730/2, onde foram feitos os procedimentos de praxe pela equipe de plantão.

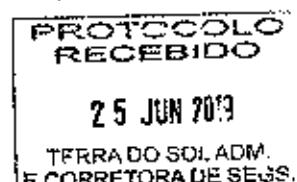
Natal, 04 de fevereiro de 2019.

CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO

Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal

Matrícula 72.468-1


MST 46882-6



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: 238730/2

Data: 05/01/2019

CHAMADO

TARM: EZEQUIEL POLEM ALBERTO BARROS

Médico Regulação: LOUISE CHRISTINE SEABRA DE MELO

Rádio Operador: CLAUDIO ADRIANO RODRIGUES ZACARIAS

Médico Cena: ADRIANO DE SOUSA COSTA

Equipe Enfermagem Cena:

Usuário Pós-Cena:

VTR: USA OS (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

Equipe VTR: SHAYNE BRENNAND DE CARVALHO - CONDUTOR DE VEÍCULO DE
EMERGÊNCIA
MARIANA CONSULIN S. MELO - ENFERMEIRO
MICHELLE CLARA BONIFÁCIO - MÉDICO

*REGULAÇÃO MEDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Telefone: (84) 99697-1343

Nome do Solicitante: VITOR

Nome do Paciente:

OÁO DA CUNHA

Idade: *

30 ANO(S) ▼

Sexo: *

ASCULINO ▼

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7850988 Longitude: -35.2002206

Endereço: TRAIRI COM A PRUDENTE

Nº: VP

Bairro: PETRÓPOLIS

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PX DA PRAÇA CÍVICA

Unidade de Destino Transferência: HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Queixa Primária: ACIDENTE ONIBUS X MOTO

Quem Solicitou: Transeunte

Distância do paciente: Com o Paciente

Local: Via Pública

Histórico Regulação Médica:

05/01/2019 22:44:37 - Dr(a). ALESSANDRO TAVARES

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: VÍTIMA DE COLISÃO CARRO MOTO, SOLICITANTE NÃO ENCONTRA-SE AO LADO DO PACIENTE

AÇÃO SEM INTERVENÇÃO: Orientação

Descrição: SOLICITANTE ORIENTADO A RETORNAR A LIGAÇÃO AO LADO DO PACIENTE

APOIO:

05/01/2019 22:53:17 - Dr(a). LOUISE CHRISTINE SEABRA DE MELO

APH: TRAUMA / HD: ACIDENTE AUTO X MOTO

REGULAÇÃO: COLISÃO CARRO X MOTO, CONDUTOR DA MOTO ESTÁ SEM CAPACETE, INCONSCIENTE, COM DIFÍCULDADE PARA RESPIRAR, HÁ SUSPEITA DE FRATURAS MÚLTIPLES PELAS DEFORMIDADES EM OMBRO, QUADRIL E Perna, HÁ SANGRAMENTO FACIAL.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÉNIO MÉDICO: NÃO

Apóio:

OBSEVAÇÕES

Data: 05/01/2019 22:50:27 Usuário: (TARM) MARIA MADALENA DA SILVA

Observação: VICTOR 84988110348

HORÁRIO DO CHAMADO

Chamado:

05/01/2019

22:41:41

Saída Local:

05/01/2019

00:09:50

Regulação Médica:

05/01/2019

22:53:17

Chegada Destino:

06/01/2019

00:09:51

Solicitação VTR:

05/01/2019

22:53:42

Liberação Destino:

06/01/2019

00:09:53

Saída VTR:

05/01/2019

22:56:52

Liberação VTR:

06/01/2019

00:09:54

Chegada Local:

05/01/2019

23:02:23

Observação do Apoio:

CONVÉNIO MÉDICO PARTICIPANTE

Paciente possui convênio médico particular? *

Sim / Não / Não informado

CONDUTA

✓ Remoção

Conduta Médico Regulador:

06/01/2019 00:33:28 - ADRIANO DE SOUSA COSTA

VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, COM SINAIS DE EMBRIAGUES NA ABORDAGEM. NÃO PORTAVA CAPACETE. ENCONTRADO EM DECUBITO LATERAL, APRESENTAVA FRATURA FECHADA DE COXA DIREITA, NA ABORDAGEM DA USA, APRESENTAVA AP COM ESTERTOR BOLHOSO + SIBILOS; FRATURA EM NARIZ E TOC EM MENTO, DEMAIS SEM ALTERAÇÕES. SEGUITO AO QTI DO POLITRAUMA DO HMWG, RECEBIDO POR DR SAMUEL.

REPOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

✓ Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

E:

Recebido por:

Número do conselho:

Número da ficha de Remoção:

✓ Vaga Negada

Motivo da entrada:

▼

Ass:

Vaga Negada - Motivo:

→ SELECIONE →

H. ligação ao serv prop.:
00:34

✓ Vaga Zero

PERTENÇENCIAS

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição das pertences:

Local deixado pertences:

Data:

Ass:

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: 09/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANIERISON SILVA DA CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000025957-6

Nr. da Autenticação DC038A8169289F3D



COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DO RIO GRANDE DO NORTE
Avenida Senador Salgado Filho, 1555, 1º and. CEP 58015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-35 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Celgral (84) 3232-4432 / Ourdeletel: (84) 3232-4562

RECIBÔRIO DE ATENDIMENTO

DATA	03/03/2019
HORÁRIO	13:30
TIPO DE ATENDIMENTO	115
PERÍODO DE ATENDIMENTO	11:55

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO - SERVIÇO DE ÁGUA
IMPRESSO EM 03/03/2019 ÀS 13:30:47

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	MÊS / ANO			
MARTA DAS GRACAS DE LIMA CANDIDO RUA DA SOLIDARIEDADE, N. 50 - MAE LUIZIA, MATAIS, RN 59014-223		130.004.31	03/2019			
INSCRIÇÃO 130.004.31	ROTA SEM MEDIDOR	EEQ. ROTA JU	QUANTIDADE DE ECONOMIAS PERÍODICO, INDUSTRIAL, PÚBLICO			
HIDRÔMETRO SEM MEDIDOR	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO				
CONSUMO ÁGUA (m³): 10		DATA LEITURA: 1 EET. ATUAL: 1 FFL. ANT.: DIAS CONSUMO:				
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF. 02/2019	CONSUMO 10	REF. 12/2018	CONSUMO 16	REF. 10/2018	CONSUMO 10	MÉDIA 10
01/2019	10	11/2018	10	09/2018	10	
DESCRICAÇÃO AGEM				CONSUMO	VALOR	
RLS ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA				10,03	39,99	
MULTA P/IMPONITUAL ED.001 02/2019				0,79		
FATURAS EM ATASO						
REF. 02.ATE	1057,95	REF. 2027TZ	39,98			
REF. 201710	39,98	REF. 201801	39,98			
REF. 201711	39,98	02305 487.6299.09999999				
TRIBUTOS				BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPORTE
PTC	39,98	1,4	0,56			
COFINS	39,99	7,6	3,04			
VENCIMENTO				16/03/2019	VALOR	40,78
PARÂMETROS DE MONITOREAMENTO						
Parâmetros	Turbidez	PH	Coef. Total	Cloro Residual Livre	Milto (cônomo)	
VMP e Recomendações	≤ 5,0 mg/L	6,9 a 8,3	% de Ausência	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L	
Monitores Cuidados	1,44	7,9	50,0 a 100,0 %	0,2 a 0,5	0 a 0	

PROTÓCOLO
RECEBIDO
25 JUN 2019
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 020-1596 / 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/618L10TECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TÉM POR FINALIDADE PISCILIPAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tacio Eunice da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.543.934 / 83, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Tamara Silveira da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.879.354 / 13,
do sinistro de DPVAT cobertura Tamara, 02 da Vítima Tamara Silveira da Cunha

inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.879.354 / 13, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas de lei e para fins de prova de residência junto à 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 entorno 2000 l. da Silva 247</u>	Número:	<u>247</u>	Complemento:	<u>—</u>	
Bairro	<u>Tancrea Paes</u>	Cidade:	<u>Alvorada</u>	Estado:	<u>RN</u>	
E-mail:					CEP:	<u>59014-120</u>
					Tel. (DDD):	

Local e Data:

Alvorada 25/06/19

Tacio Eunice da Silva
Assinatura do Declarante

**PROTÓCOLO
RECEBIDO**
25 JUN 2013
**TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.**

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, ELVIS MAICON DE LIMA SILVA

RG nº 007.364.515, data de expedição 15/10/2013
Órgão SSP, portador do CPF nº 095.032.834-00, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de RN, com
residência na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DA SOLIDARIEDADE, nº 59

complemento EM FRANTE AO FAROL DE MÉTAL declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima

JANIERSON SILVA DA CUNHA cujo o condutor

era JANIERSON SILVA DA CUNHA

Veículo: JOHNY MOTOR

Ano: 2013

Modelo: JOHNY MEET 50CC

Placa:

Chassi: UHJXBLA0B401890

Data do Acidente: 05/03/2019

Local e Data: AVENIDA TRATRÍ COM A PRUDENTE DE MORAIS
(PETRÓPOLIS)

RECONHECIMENTO
1º Ofício de Notas

Elvis maicon de lima Silva

Assinatura do Declarante

Janerison Silva da Cunha

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro, que não a vítima do acidente)

RECONHECIMENTO DE PROPRIEDADE DO VEÍCULO

Reconheço a firma de ELVIS MAICON DE LIMA SILVA por
autenticidade da qual dou fé.

NATAL (RN) 02/04/2019

Em testemunha: Henrique Proprieto de Moraes - Substituto
da verdadeira

Henrique Proprieto de Moraes - Substituto
VALIDO SOMENTE COM SÉLO DE AUTENTICIDADE

PROTÓCOLO
RECEBIDO

25 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS.



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

Paciente: **109143 - JANIERISON SILVA DA CUNHA (25 a 25 d)**

Sexo: M Cor: PARDA

Nascimento: 06/01/1994 Natural: NATAL, BRASIL

CPF: 09687935413

Prof: PINTOR

CNS: 703407235026710

Pai:

Mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Cidade: NATAL

Logradouro: SOLIDARIEDADE, 59

Bairro: MÃE LUIZA

Compl:

CEP: 59014223

Telefone: 84 988592729

Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO

Tipo: REFERENCIADO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

*Empresa:

Fluxograma:					Discriminador:				
OBS:					Classificação: 05/01/2019 23:38:05				
HORA	P.A.	HGT	SatO2	FIO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: COLISAO CARRO MOTO/ TCE MODERADO+ALCOLIZADO

Hora: _____

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A

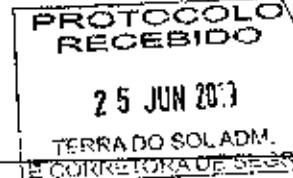
B

C

D

E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



*Saída: 06/01/2019 03:09:12 - INTERNADO

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 05/01/2019
MAT. N° 15210122020
SAME
FIRMA

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 196 /2019

Prontuário: 1179589

Paciente: 109143 - JANIERISON SILVA DA CUNHA

Cartão SUS:703407235026710

CPF: 09687935413

Dt Nasc: 06/01/1994

idade: 25 anos 25 dias

Sexo: M

Etnia: PARDA

Estado Civil: NÃO INFORMADO

Nome da mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Nome do pai:

Rua/Av: SOLIDARIEDADE

Nº:59

Complemento:

Bairro: MÃE LUIZA

CEP: 59014223

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988592729 84 988592729

Unidade: 4 ANDAR

Leito: 451

Especialidade: ORTOPEDICA

Responsável: JOAO DA CUNHA -

Usuário: MARIA XAVIER

Admissão: 06/01/2019 03:09:13 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNOSTICO INICIAL: S72.3 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

408050519 -

DIAGNOSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL, 31/01/2019
MAT. N. 1169589
SAMÉ

NATAL, 31 de Janeiro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



Nome

João da Cunha

Leito:

Idade:

Nº Registro:

19612019

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data: 06/01/19

Hora:

X(0270 PEDIA)X

Paciente com história de colisão
motociclistável.

Door e deformidade da coxa
direita. Sem exposição óssea.

HD: Fratura fechada do fêmur (D).

Internação para tratamento cirúrgico.

Dr. Mário Pereira da Silva
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 00551/FEOT 15517

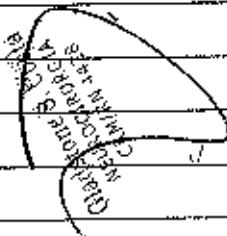
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL - 31/12/2018
MAT. N. 1513 SAME
ISSNATURA

06/01/19 - NCR - 9:30h

Pereira e C. (firma) 12
rece. 11/12

Agende recesso cont.

C. Detranhente



EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A
;
B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

I(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de tórax AP
Rx de Coxas, perna, { perfil

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Rx de tórax sem evidências de fraturas,
hemotórax ou pneumotórax.

AR: Mvt simétricos, sem RA

Abdome: pleno, flácido,
indolor e palpável.

Alta da Cirurgia Genit.

S/RC
S/RC
S/RC

+ Dr. Carlos

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 NCR	HORA: 23:40	DATA: 05/01/2019
ESPECIALISTA 2 BMF	HORA: 23:40	DATA: 05/01/2019
ESPECIALISTA 3 Ortopedia	HORA: 23:40	DATA: 05/01/2019

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / /

HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

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

ÓBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP



Nome

João da Cunha

Leito:

Idade:

Nº Registro: FIA 196/2019

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

06/01/19

XORTA PEDIAX

Paciente submetido à fratura transsequeletica na tibia (O).
Por fratura diafisária fechada
do fêmur direito.

Sem intercorrências.

Paciente com história de Trauma-
tismo crânio-encefálico e rebaixa-
mento do nível de consciência.

Conduta: Solicito nova tomo-
ografia de crânio + avaliação
da neurocirurgia.

Aguarda transferência - N/2 -
para tratamento cirúrgico defi-
nitivo do fêmur direito.

Dr. Hugo Góes Teixeira da Silva
Ortopedista Traumatologista
CRM-RN 00000000000000000000
CONFERENCIA
NATAL, 31/10/2019
MAT. N° 1 SAME
ASSINATURA

6/1/2019 12h. Neurocirurgia

TC controle mostra onda imética leve.
e visto que a placa é inerte houve

CD: Observo gel na ferida ④ 24L

ANEXO 10
01/01/2019
01/01/2019
01/01/2019

01/01/19 NC

5/1 DEFORT FORM
LIBERTADO 1/1 NC

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

Dr. Hugo Góes Teixeira da Silva
Neurocirurgião
CRM-RN 00000000000000000000

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Davi da Cunha Reg. N° FIA: 19612019
 Diagnóstico pré-operatório: Fratura fechada diafragma do fêmur direito.
 Indicação terapêutica: Tração transesquelética Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 06/01/19 Início: _____ Término: _____ Duração: _____
 Operador: Dr Hugo Pereira CRM/CRO: 6865
 1º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
 2º Auxiliar: _____ CRM/CRO: _____
 Instrumentador: _____ CRM/CRO: _____
 Anestesista: _____ CRM/CRO: _____

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- (1) Paciente em DOR, sob anestesia local.
- (2) Antimotilina + anestesia com clorhexidina
- (3) Posicionamento de fio de Kirschner 5.0 na tibia direita.
- (4) Montagem de tração transesquelética.
- (5) Fim do procedimento.

CONFIRME COM DR HUGO PEREIRA
NATAL 2019
MAT N. 6865 / ECT 15511
ASSINATURA

DR. HUGO PEREIRA DA SILVA
Ortopedia e Traumatologia
GRANDE RN 6865 / ECT 15511

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

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

Manejo Operatório, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e faz dos valores éticos e humanitários.

Identificação			
Enfermaria:	Ditopédica	Lado:	451
Data de admissão:		UTI:	
Nome:	Janerusa Silveira de Bento		
Idade:	25 anos	Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
RG:	1964389 SSP/RN	Data de Nascimento:	06/01/1994
Filiação: Pai:	Mário da Paixão		
Mãe:	M.ª. Domingos Silveira de Paixão		
Endereço:	Rua Solidariedade nº 59 m/ae Paixão		
Telefone:	98869-2729 S/ (m/ae)		
CPF:	096.879.351-13		
Composição familiar:	Reside com Williana Monalisa + 1 filho +		
Outras informações:	Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos Gestante 3 m/ae		

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

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

Forma de Acesso ao Serviço

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

Critérios para Acompanhante

Possui requisitos? () Não Sim Qual o motivo?

Portador de deficiência: () Auditiva Visual Física Mental

Responsável pelo paciente: Williana Monalisa Paixão Silveira

Parentesco: Companheira de fato Telefone: 987873654 Silveira

Endereço do Responsável: acima

Evolução

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

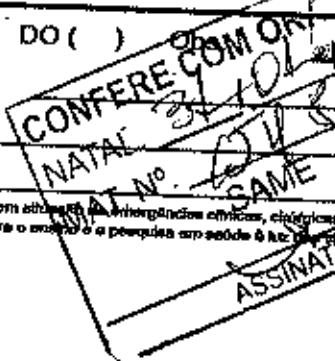
Williana de 25 anos de idade, sofreu acidente de moto. Com ambeira não identificar paciente em anexo. Perdeu os documentos

09/09/2000 16:40
 09/09/2000 16:40
 09/09/2000 16:40

Saída

Móbito: Encaminhamento: ITEP () SVO () DO ()
 Alta hospitalar () Transferência () Destino:

Orientações/Encaminhamentos:



Paciente vítima de reacidente a automóvel
Lítio

EXAME FÍSICO: EGB, EUPNEIA, VÍTE, SÍNCRONOS, TENSOS CORRADAS
TRITANTAS, PERITONITIS EM TEC. HEP.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

TRAUMA DE FACE

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) Anamnese (excluiu)

2) Soclito TC Face (agradado)

Kerlison Paulino de Oliveira

Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial

CRO/RN - 2273

Rx evolução:

Paciente bem, pacífico em sala

CD: Antibiótico

Sintomas múltiplos em face

Atte BNF

Assinatura e Carimbo do Responsável
Assinatura e Carimbo do Responsável
Assinatura e Carimbo do Responsável
Assinatura e Carimbo do Responsável

DÉSTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica À Revélia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DÉSTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica À Revélia

Transferido para:

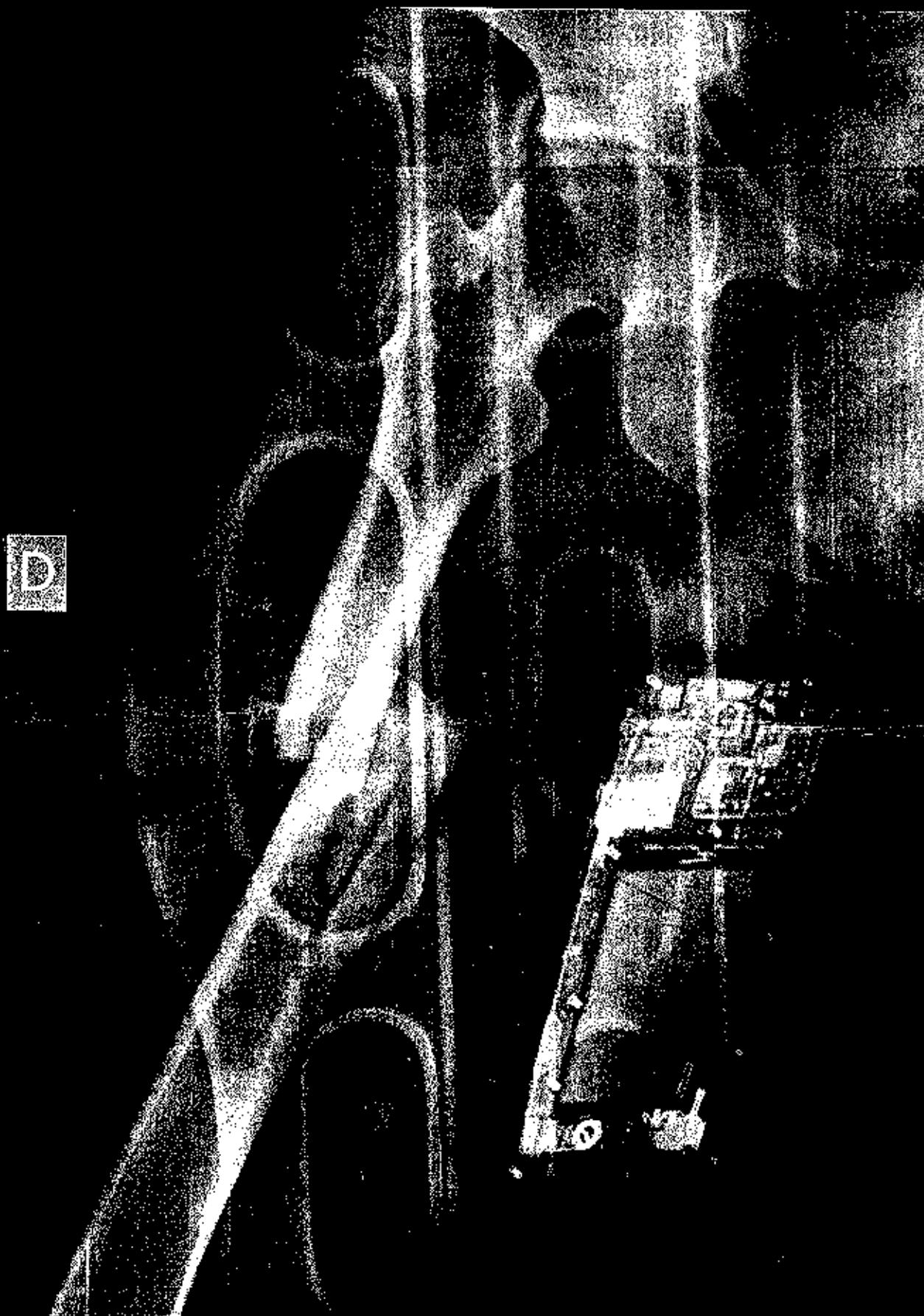
ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado S.V.O. I.T.E.P.



d. Paciente: 964

Data Exame: 06/01/2019 01:04:57

Técnico: RAQUEL

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

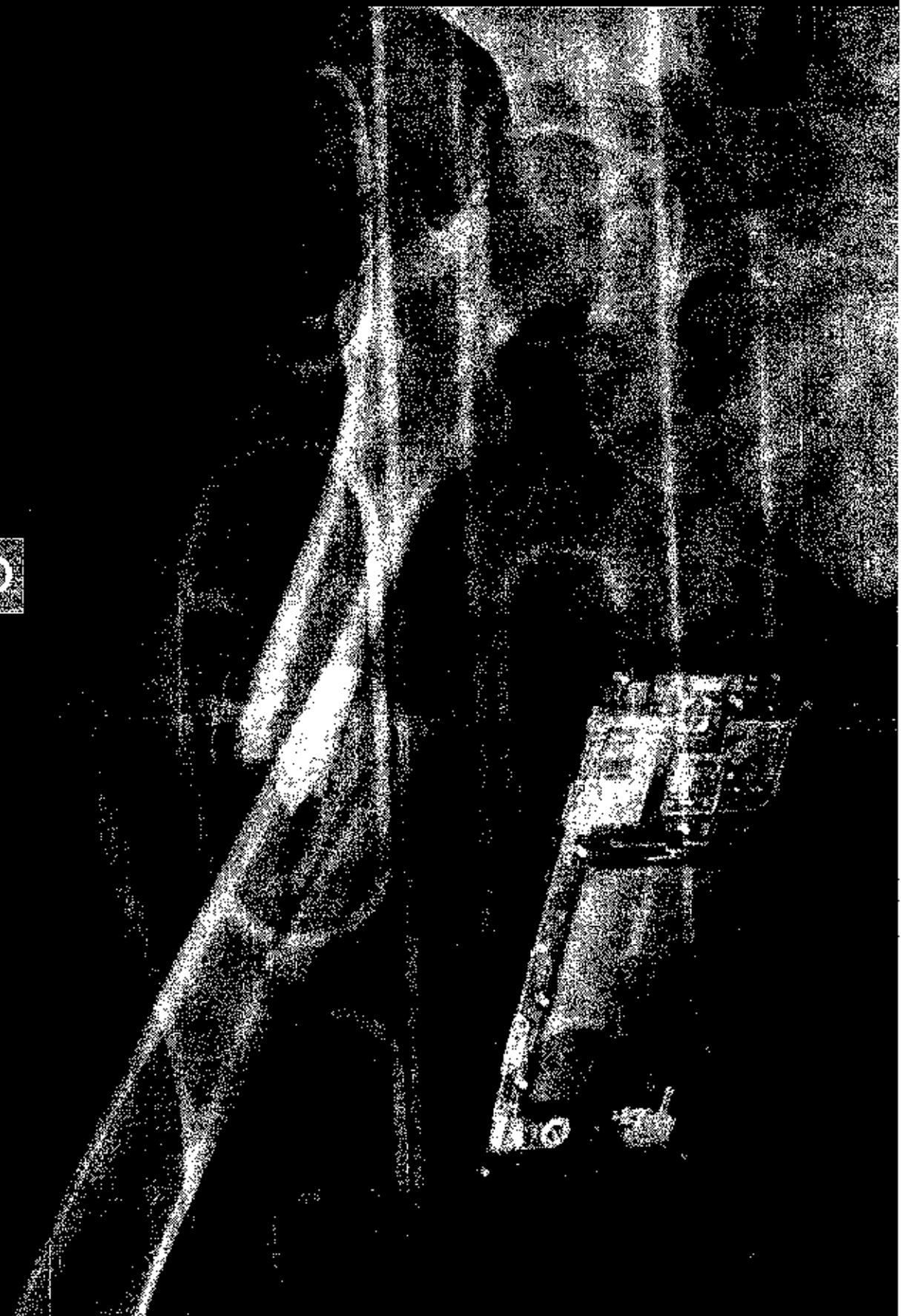
Idade: 30 ano(s)

FEMUR AP

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

54,1 %

D



Paciente: 964
aciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
OSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Data Exame: 06/01/2019 01:04:57

Técnico: RAQUEL
Idade: 30 ano(s)
FEMUR AP
54,1 %



D



Paciente: 964
paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
OSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Data Exame: 06/01/2019 01:04:57

Técnico: RAQUEL
Idade: 30 ano(s) FEMUR AP
54,1 %

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/01/2019 10:37

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781

Nº. RG: 001964389 CPF: 090.879.35 -13 Nascimento: 06/01/1994 25 anos Sexo: Feminino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: DA SOLIDARIEDADE

N. 59

Bairro: MAE LUIZA

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59014000 Fone: 8488592729

Profissão: PINTOR (RETOQUES)

Mae: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 3

Entrada: 12/01/2019 10:36 Previsão saida: 14/01/2019 11:00 Atendente: JAISIAK

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 103407235026710

Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN

CRM: 6619

ENFERMARIA 301B

Dados do Responsável

Responsável:

CPE:

RG:

Parentesco: A. C.

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 encilhar 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 imagerias, 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

X

Observações:

PACIENTE COM 2 RX - MÉDICO CIENTE

1001-10-00000000
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TIRICU-00000000000000000000
Cadastra mais endereço!
Em: 01/01/2019
Assinatura:

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/01/2019 10:37

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781

Num. RG: 001964389 CPF: 096.879.354-13 Nascimento: 06/01/1994 25 anos Sexo: Feminino Est.Civil: Solteiro(a)

Endereço: DA SOLIDARIEDADE

N.: 59

Bairro: MAE LUIZA

Cidade: NATAL

UF: RN

CEP: 59014000

Fone: 8488592729

Profissão: PINTOR (RETOQUES)

Mae: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 3

Entrada: 12/01/2019 10:36 Previsão saída: 14/01/2019 11:00 Atendente: JAISIAK

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CMS: 703407235026710

Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN. CRM: 6819

ENFERMARIA 301B

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta:

Motivo:

Data da Alta:

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 Neurológico:

Ap. Urinário e Ginecológico:

Impressão geral:

Conduta:

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: 50781

Num. RG: 001864389 CPF: 086.879.354-13 Nascerimento: 06/01/1994 25 ands Sexo: Feminino Est. Civil: Solteiro(a)

Endereço: DA SOLIDARIEDADE

N.º 59

Bairro: MAE LUIZA

Cidade : NATAL

UF: RN

CEP: 59014000 Fone: 8488692729

Profissão: PINTOR (RETOQUES)

Mae: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 3

Entrada: 12/01/2019 10:38 Previsão saída: 14/01/2019 11:00 Atendendo: AISIAK

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 703407235028710

Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN CRM: 6619

ENFERMARIA 301B

Dados do Responsável

Responsável:

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA

CPF:

RG:

Parentesco:

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

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

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

X

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. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA / RN
Carteira para atender
CRM: 6619

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA - C

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/01/2019 10:37

Dados do Paciente

Paciente: JANERISON SILVA DA CUNHA Registro: 50781
Num. RG: 001964389 CPF: 096.879.354-13 Nascimento: 06/01/1994 - 25 anos Sexo: Feminino Est.Civil: Solteiro(a)
Endereço: DA SOLIDARIEDADE N.: 59 Bairro: MAE LUIZA
Cidade : NATAL UF: RN CEP: 59014000 Fone: 8488592729
Profissão: PINTOR (RETOQUES) Mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Dados do Internamento

Num. Internamento: 3 Entrada: 12/01/2019 10:38 Previsão saida: 14/01/2019 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: SUS MUNICIPAL Matrícula/CNS: 703407235026710
Médico : Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARAUJO CRM: 6619

ENFERMARIA 301B

Dados do Responsável

Responsável: _____ CPF: _____ RG: _____
Parentesco: _____

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 utilizedo por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o resarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deverei 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 da roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: _____ | Paciente | _____ | Responsável |

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em _____ / _____ / _____ nas seguintes condições: At. Hotel / RN

- Em perfeito estado
 Apresentando defeito
 Faltando Equipamentos/Acessórios

Assinatura do responsável

Código Solicitação: 271264504

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante	CNPJ:		
HOSPITAL MONSENHOR WALTERO GURGEL	26.539.23		
Unidade Executante	CNPJ:		
HOSPITAL MEMORIAL	24.082.22		
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	Município Executante		
AV. JUVENTAL LAMARTINE - 979 - TIROL	NATAL		
Central Reguladora	NATAL		
Data de Solicitação	12/01/2019 - 10:16:23	Operador	03713738-08RENIELI
Data de Autorização	12/01/2019 - 10:26:22	Operador	03432553404ANA
Data de Reserva	12/01/2019	Operador	
Data de Internação	12/01/2019	Operador	
Data Prevista de Alta	19/01/2019	Operador	ROSANA/AFREIRE

DADOS DO PACIENTE

CNS:			
703407239026710			
Nome do Paciente	Nome Social/Apellido:		
JANIERISON SILVA DA CUNHA	CUNHA		
Nome da Mãe	Município de Residência:		
MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA	NATAL - RN		
Sexo:	Gênero:		
MASCULINO	Feminino		
Data de Nascimento:	AMARELA		
06/01/1994 (23 anos)	Tipo Sanguíneo:		
Tipos de Sangue:	O+		
RUA	Imunobiólogos:		
Número:	JOAO XXIII		
426	Endereço:		
País de Residência:	RUA MARE LUIZA		
BRASIL	Município de Residência:		
Telefone(s):	NATAL		
(21) 2105-0000 / FabrListe@uol.com.br	CEP:		
	59014-080		
	UF:		
	RN		

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:		
06754777435	CLAUDIO JOSE POLLY GUZZO		
Nome do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:		
06754777435	YASSO RACON PEREIRA DE KAUJO DANTAS		

Diagnóstico Inicial - CID:
5723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR
Caráter:
II - Urgência
Clínica:
ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRÍATRUMATOLOGIA
Procedimento Solicitado:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Classificação de Risco

Prontidão 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Compromissada:

Nenhuma

Código:

0408050519

Status da Solicitação:
APROVADA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTRODUÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:
FRATURA FECHADA DO FÉMUR DIÁFISE

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:
EXAME FÍSICO +XX.

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

PARÊSIS:

Notificação de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (examinador)

CRM:

Data da Solicitação:
12/01/2019 - 10:16:23

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvental Lamartine, 979

Cidade: Natal / RN

Cidade: Natal / RN

Data da Extração dos Dados: 12/01/2019 11:24:00

BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg	5	NOME	Dr. Thiago Araruna	ATO
Cirurgia Realizada:				
DATA:	20/03/19	INICIO:	16h	HS: MIN: TÉRMINO: 19h HS: MIN:
EQUIPE		NOME		CIC/ME CRM CIRURGIA
Cirurgião		Dr. Thiago Araruna	6619	Pequena
1 Auxiliar		Dr. Inácio Vitor A. Carvalho		Média
2 Auxiliar		Dr. André Luiz S. Carvalho		Grande
Anestesiologista		Dr. Thiago Carvalho		Múltipla
Instrumentador				
Atp:				

1. Paciente em DDH sob raquitanesthesia 2. Retirada de tração de perna Dir + desbridamento de ferimento desvitalizado em perna dir. 3. Assepsia + antisepsia 4. Incisão e face lateral da coxa + Divulsão romba por planos 5. Tratamento cirúrgico da fratura com síntese e colocação de 01 haste extragrada de fêmur bloqueada + enxerto ósseo. Sutura por grampo cirúrgico

CÓD.	DESCRÍÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRÍÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRÍÇÃO	UNID.	QUANT.
MATERIAL DE CIRURGIA											
028956	Água Desinfetante 1000ml	AMP	1	080320	Vivacy 4-0 (Vicodin)	ENV	066164	Malha Tubular 12cm	ROL		
060326	Água Desinfetante 100ml	AMP	1	080377	Vivacy 5-0 (Vicodin)	ENV	080368	Malha Tubular 15cm	ROL		
028988	Água Desinfetante 10ml	AMP	1	030725	Vivacy 6-0	ENV	062783	Máscara Descartável	UND		
000057	Clorfenicol 1%	AMP	1	030313	Vivacy 7-0	ENV	060920	Póntic 2 vidas	UND		
500196	Desbridador 4mg. Inj.	AMP	1				064794	Povidona Digerimida 1ml	ML		
005713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP	1				064787	Povidone Iodina 1ml	ML		
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP	1				065657	Sabão Líquido	ML		
004703	Hipoglic 50%	FRS	1				060733	Sapatinha Descartável	UND		
000049	Inseticida Pomaida 1%	FRS	1/4				062223	Seringa Desc. 0,5cc c/ Agulha	UND		
015111	Keftin Heptano 1%	COM	1				062443	Seringa Desc. 1,0cc c/ Agulha	UND		
006667	Minivagene 2ml Inj.	AMP	1				082475	Seringa Desc. 0,5cc c/ Agulha	UND		
001493	Pretend 100mg. Inj.	AMP	1				083269	Seringa Desc. 1,0cc c/ Agulha	UND		
006629	Solução Ringer e Lactato	FRS	1				063216	Seringa Desc. 2,0cc c/ Agulha	UND		
008449	Solução Ringer Síntetica	FRS	1				063120	Sonda Urinária 10	UND		
028125	Soro Fisiológico 100ml	FRS	1				063144	Sonda Urinária 12	UND		
006719	Soro Fisiológico 9% 500ml	FRS	1	081918	Abdômencl-7 Plus N° 16	UND	063161	Sonda Urinária 14	UND		
008740	Soro Glicosado 0% off 500	TB	1	061926	Abdômencl-7 Plus N° 18	UND	067169	Sonda Urinária 16	UND		
100993	Xylocane 2% c/v	AMP	1	061932	Abdominal-Plus N° 22	UND	067183	Sonda Urinária 18	UND		
011026	Xylocane Geléia 2%	REC	1	060982	Arqueta Descartável 12 x 4,5	UND	060550	Sonda Urinária 20	UND		
FIOS											
050017	Algodoão 0 (s/Agulha)	ENV	1	060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND					
050585	Algodoão 2-0 (s/Agulha)	ENV	1	060418	Agulha Descartável 0,0 x 12	UND					
050044	Algodoão 3-0 (s/Agulha)	ENV	1	080574	Atoculoclips	ML					
050162	Cromado 1-0	ENV	1	060582	Abdômen Crepor 10cm	ROL					
050130	Cromado 2-0	ENV	1	060593	Abdômen Crepor 12cm	ROL					
050123	Cromado 4-0	ENV	1	060608	Abdômen Crepor 15cm	ROL					
050259	Kit Catrata	ENV	1	060701	Abdômen Cessada 10cm	ROL					
005588	Monofônico 0 PRETO	ENV	1	060818	Abdômen Cessada 12cm	ROL					
050514	Monofônico 2,0 PRETO	ENV	1	060820	Abdômen Cessada 15cm	ROL					
050621	Monofônico 3,0 PRETO	ENV	1	060926	Carriada Descartável	UND					
050639	Monofônico 4,0 PRETO	ENV	1	061244	Comprador Crimpe	UND					
050646	Monofônico 5,0 PRETO	ENV	1	061309	Elatodo Descartável	UND					
050553	Monofônico 6,0 PRETO	ENV	1	060949	Entergol 500ml	UND					
057892	Monofônico 8,0 PRETO	ENV	1	062074	Espanadorc 10 x 45	CM					
050542	Monofônico 10-0 PRETO	ENV	1	062091	Elas Sulfitec 1ml	ML					
050502	Prograva 7-0	ENV	1	062285	Gato 9,0 x 81	UND					
150403	Prograva 4-0	ENV	1	062306	Gato 10,0 x 81	UND					
050449	Prograva 5-0	ENV	1	062253	Lâmina Biolux Nº 11	UND					
050431	Prograva 8-0	ENV	1	062280	Lâmina Biolux Nº 15	UND					
050510	Seda 2-0	ENV	1	060149	Lâmina Biolux Nº 20	UND					
050550	Seda 3-0	ENV	1	062332	Lâmina Descartável Nº 20	PAR					
050660	Seda 4-0	ENV	1	062240	Lâmina Descartável Nº 15	PAR					
050198	Simplicé 3-0 (s/Agulha)	ENV	1	062429	Lâmina Descartável Nº 20	PAR					
050360	Vicryl 4-0 (incolor)	ENV	1	062411	Malha Tubular 10cm	ROL					

CIRURGIÃO: Dr. Thiago Araruna
CRM: 6619

Código Solicitação: 271264504

Número AIH: 241910003558-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL HIRSENHOR WALTERIO GURGEL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Lugradouro, Endereço, N°, Complemento, Bairro

AV JUVENAL LAMARTINE - 979 - - TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

12/01/2019 - 10:16:23

Data de Autorização

12/01/2019 - 10:26:22

Data de Reserva

12/01/2019

Data de Internação

12/01/2019

Data Prevista de Alta

19/01/2019

Data de Alta

21/01/2019 - 12:09:05

Motivo da Alta

12 ALTA MELHORADO

CNPJ:

2653933

CNPJ:

2408252

Município Executante

NATAL

037137384009ENZELI

03432553404ANA

ROSANAFREIRE

33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

70340735020710

Nome do Paciente

JANERISON SILVA DA CUNHA

Nome da Mãe

MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

06/01/1994 (25/anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

126

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(21) 2135-3000 (Existe mais 0 telefones)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

NATAL - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

JOAO XXIII

Complemento:

Bairro:

MÃE LUIZA

CEP:

59014-000

Município de Residência:

NATAL

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

CPF do Médico Executante:

06751727438

Diagnóstico Inicial - CID:

872.3 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR

Nome do Médico Solicitante:

CLAUDIO JOSE PULEY GUZZO

Status da Solicitação:

APROVADA

Nome do Médico Executante:

FASSO ALACON PIREIRA DE ARAUJO DANTAS

Classificação de Risco

Prioridade C - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050519

TRANSFERÊNCIA ENTRE CLÍNICAS

Clínica

ESPEC - CLÍNICO - CLÍNICA GERAL

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Dt. Transferência:

18/01/2019

21/01/2019

HOSPITAL MEMORIAL

Operador:

33391521449FRANCISCA

TIPO: 2 33391521449FRANCISCA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

FRATURA FECHADA DO FÉMUR DIÁFISE, 1/2

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME HISTÓICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

PAREcer

Motivo de Impedimento da Regulação:

Assinatura e Carimbo do Médico (exameador)

CRM:

Data de Solicitação:

SUS**Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar**
Nº 1087 / 2019 NIR

451

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDESolicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou:CNES: 2653923
CNES:**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

Nome: **109143 JANERISON SILVA DA CUNHA** Prontuário: 1179589
CNS: 703407235026710 Nascimento: 06/01/1994 Sexo: Masculino Cor: PARDA
Mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA Pai:
Endereço: RUA SOLIDARIEDADE, 59 - MÃE LUIZA - NATAL Fone: 988592729 /
Município: NATAL Código Municipal IBGE: 240810 UF: RN CEP: 59014-223
Clínica de Acompanhamento: ORTOPEDIA

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:****FRATURA FICHADA DO FEMUR DIAFISE****CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:****NECESSITA CIRURGIA****RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:**

RX:

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitados:

S. S. FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR*408050519 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Profissional Solicitante / Assitente:

CLAUDIO JOSE POLEY GUZZO

CRM: 3047 / RN

Data da Solicitação: 12/01/2019

Claudio Jose Poley Guzzo
CRM: 3047
Ortopedia - Traumatologia**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 TrajetóriaVínculo com previdência: Empregado Empregadora Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado**AUTORIZAÇÃO****Nº Autorização da AZH:**

Profissional Autorizador: _____ Órgão Emissor: _____

Documento: CNS CPF nº _____

Data da Autorização: _____ Assinatura/Carimbo: _____

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

Paciente com Fratura do Fêmur Direito

PRÉ-ANESTÉSICO:

DROGAS:

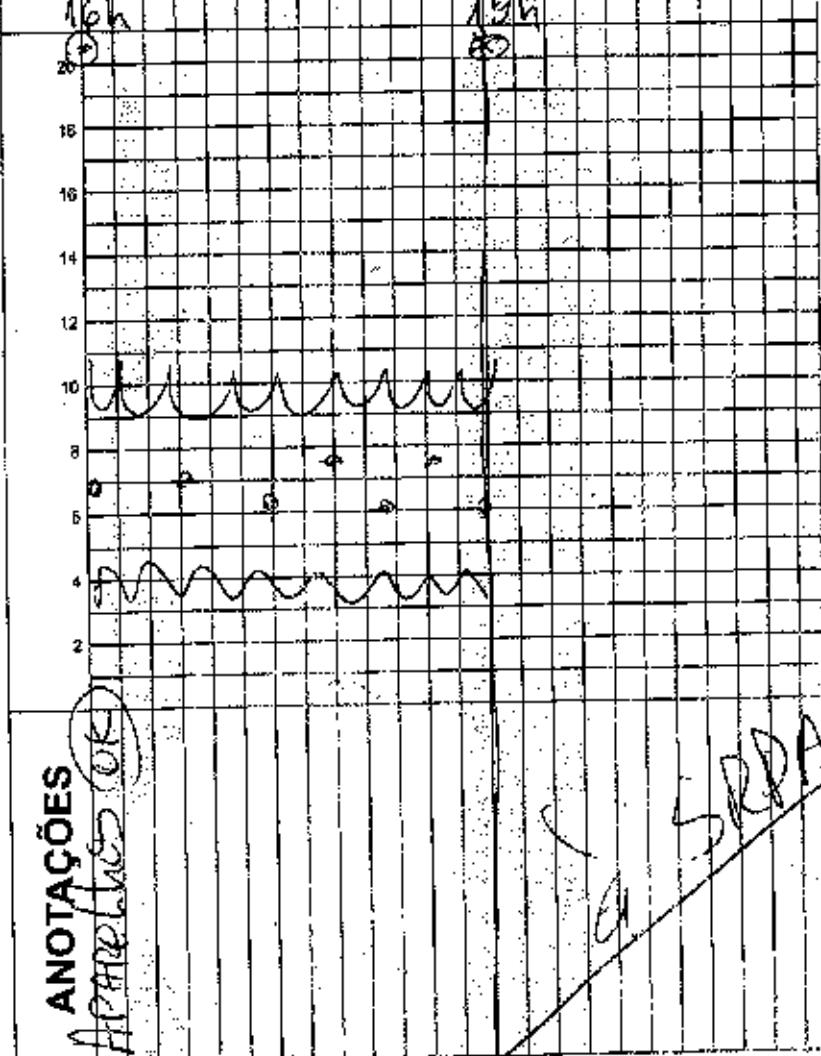
TÉCNICA ANESTÉSICA:

RAOU: Simples + Sedação EU

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID	QUANT.
000150	Adrenalin	AMP		006118	Nercom	AMP					
028358	Aqua Bicarbonato	AMP		007627	Plastil 10mg	AMP					
006942	Atropina 25	AMP		007556	Prostagmine	AMP					
002850	Clorato de Potássio	AMP		005292	Ketalar	AMP					
001460	Clorato de Sódio	AMP		003345	Cicloclina 100mg	AMP					
016920	Dimetil Sulfoxido	AMP	01A	006040	Cicloclina 500mg	AMP					
022115	Dopan	AMP		003543	Rapitem	AMP					
002953	Dobutamina	AMP		000974	Sérum	ML					
003080	Dominant 15mg	AMP	01A	006449	Sol. Ringer Steriles	FRS					
017075	Dominant 5mg	AMP		028125	Sol. Fisiológico	FRS					
033021	Etof. 10	AMP		006740	Sol. Encorpado	FRS					
033511	Fentanil 2ug	AMP		008828	Sol. Hunger Lactato	FRS					
330780	Fesame	ML		001002	Thiopental	FRS					
117208	Hialuron	ML		003013	Tetepam	AMP					
014585	Hipnoverdeido	AMP		009727	Vitamina	AMP					
024497	Isoflor	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010588	Lanoxin	AMP		009993	Xilocaina 2% 1/4	AMP					
015587	Mateoxina 0,6 G/A	AMP		014025	Xilocaina 2% 1/4	AMP					
005894	Mateoxina 0,6 G/A	AMP	01A	010033	Xilocaina Passada	AMP					
010586	Marcina Passada	AMP	01A								

Intercorrelações



ANOTAÇÕES

Anestesiado (ok)

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	Sim
Cardioscópio	Sim
Capnógrafo	
DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	10 min
Protóxido Líquido	10 min
	20 min

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

INÍCIO ANESTESIA:	16/01/19h	DATA:	16/01/2019
FINAL ANESTESIA:	19h	ANESTESIOLOGISTA:	CRM:

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

Registro Internamento: 50781 -3
Leito Nº: ENFERMARIA 301B
Médico CRM - 6619 - THIAGO JOSE GURGEL CAMAR

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL
10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE
50781 -3 - JANIERISON SILVA DA CUNHA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		THIAGO JOSE GURGEL CAMAR	6619	049.768.334-29

JUSTIFICATIVA

1 HASTE ANTERÓGRAADA DE FÉMUR
2 PARAFUSOS DE BLOQUEIOS
1 TAMPÃO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juarez Leme, 379
Tel: (81) 3202-1729
Cidade: Natal
UF: RN

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	Dr. Thiago Jose G. C. Araujo Ortopedia / Traumatologia CRM-RN/6619 / RGT 14815	CRM	DATA
		6619	16/01/2019 18:50:09

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR	CRM	DATA

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL
10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal

PACIENTE
50781 -3 - JANIERISON SILVA DA CUNHA

PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM	CPF
		THIAGO JOSE GURGEL CAMAR	6619	049.768.334-29

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM FRATURA DE FÉMUR DIREITO COMINUDA COM TRACÃO EM Perna DIR + FERIMENTOS ESVITALIADO, NECESSITANDO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA COM ENXERTO + DESBIDAMENTO DE FERIMENTO + RETIRADA DE TRACÃO

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	CRM	DATA
	6619	16/01/2019 18:48:09

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR	CRM	DATA

Hospital Memorial de Natal
Av. JUVENTAL LAMARTINE, 979 - IRM - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1226 - E-mail: memorial@veloxmail.com.br
PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 50781 IH: 3 Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Nascimento: 06/01/1994 26 anos Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

ANTES DO ÁTO CIRÚRGICO

16/01/2019 14:55:40 Técnico(a) COREN - 940754 - MOISES GUTEMBERG DA SILVA

Observações

**CLIENTE ADMITIDO (A) NO C.C. PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMU EM MID
ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A), RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNCIONADO(A) EM
SALA VIABILIZANDO SF0,9% E SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.**

Doença pré-existente:

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

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

Alergias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA 16/01/2019 14:55:40 Técnico(a) COREN - 940754 - MOISES GUTEMBERG DA SILVA

Nível consciência: **CONSCIENTE** Oxigenoterapia: **QUIMBIENTE**

Acesso venoso: SIM Círculo: NÃO Acidotico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

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

VERIFICADO SSVV: PA=120X80 MMHG, FC=72 BPM, T= 30°C, SPO2=96 %

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvental Lamartine, 979
Tel: (84) 3133-4200 / RM
E-mail: memorial@veloxmail.com.br

Dados do Paciente

Registro: 50781 IH: 3 Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

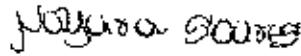
Nascimento: 06/01/1994 25 anos Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA**DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO**Tipo: RAQUIANESTESIA Anestesiologista: DR. TIAGO CARVALHOTipo: HASTE BLOQUEADA DE FEMUR DIREITO Cirurgião: DR. THIAGO ARARUNAInstrumentador: FELIPE Circulante: NAYARATipo curativo: OCLUSIVOTem material para biópsia/cultura: NAOInf. sanguínea: NAO Monitoração correta: SIMPlaca de bisturi: SIMAntibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE FRATURA DE FEMUR DIAFISARIA DIREITO, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, APRESENTA COM SUTURA NO LABIO SUPERIOR E EDÉMACIADO, NA HVP EM MSD VIAB SF 0,9%, MID NA FERULA ESQUELETICA. PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM O² AMBIENTE SEM QUEIXAS DE DOR NO MOMENTO, FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA, SEM MAS ALTERACOES SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

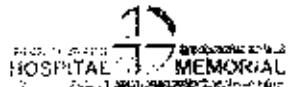
FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA**Portencial de Contaminação: Limpa

NAYARA SOARES DE OLIVEIRA

Técnico(a) COREN - 705919

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
TIROL - 59030-000 - RN
Centro de Saúde

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 50781 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 3018
Admissão: 12/01/19 10:36 0 dia(s) de internação
Diag: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

12/01/2019 16:10	Horários de Aplicação	8476
1. D. ETX. LIVRE LIXANTE, Uma vez ao dia	00 (SND)	
2. TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR, REFRATÁRIA A DIPIRONA	00 (SR)	
3. DIMEFENIRINATO 66 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	00 (SR)	
4. SILVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	00 /20	
5. DIPIRONA 500mg/ml 40gotas FLT Uso: 1 fioconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE	00 (SR)	
6. OSSEOFARCO, 210g: comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.	00 /06:00	
7. SINAIS VITais (PSSV, P CCGG), 05 em 06 horas	00 /00 /00 /00 /00 /00	09:00, 06:00
8. CABECERA ELEVADA 45°, Contínua DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA	00	INTENÇÃO

Dr. WENDEL FERREIRA COSTA
CRM-6476

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Presidente Getúlio Vargas, 970
Bairro: Centro - CEP: 80030-000
Fone: (61) 3222-9724

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA** Idade: **25 anos**
 Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **50781** Prontuário:
 Unidade: **UNIDADE III**
 Leito: **ENFERMARIA 301B**
 Admissão: **12/01/19 10:36** **1 dia(s) de internação**
 Diag.: **S723 - Fratura da diáfise do fêmur**

13/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.6606	Horários de Aplicação	6619
1) DIETA LIVRE LAXANTE, Uma vez ao dia		DI (SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR REFRATÁRIA A DIPIRONA		DI (SN)	
3) DIMENIDRINATO 36 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		DI (SN)	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.		DI (SN)	
5) DIPIRONA 500mg/ml 40gotas FLS. Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATE 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE		DI (SN)	
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.		DI 06:00	
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas		DI 00:00, 06:00, 12:00, 18:00, 00:00, 06:00, 12:00	
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA		DI (ANTENÇÃO)	

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
 CRM - 6818

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERIPO SILVA DA CUNHA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36
Diag: S72.9 - Fratura da diáfise do fêmur

Idade: 25 anos
Reg.: 50781
Prontuário:

2 dia(s) de internação

14/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.7122	Horários de Aplicação	5619
1) DIETA LIVRE LAXANTE, Uma vez ao dia		D2 (SND)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR REFRATÁRIA A DIPIRONA		D2 (SN)	
3) DIMENTORINATO 86 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 06 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		D2 (SN)	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.		D2 10:00	
5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 frasco, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 5/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE		D2 10:00	
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.		D2 09:00	
7) SINAIS VITais : SSVV + CGGG 1,06 em 06 horas		D2 09:00	
8) CABEÇEIRA ELEVADA 45°, Contínuo. DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA		D2 (AVIENÇÃO)	

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

Prescrição Médica / Evolução Clínica

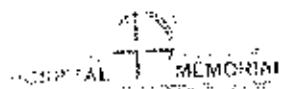
Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA** Idade: **26 anos**
 Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **50781** Prontuário:
 Unidade: **UNIDADE III**
 Leito: **ENFERMARIA 301B**
 Admissão: **12/01/19 10:36** 3 dia(s) de internação
 Diag.: **S723 - Fratura da diáfise do fêmur**

15/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.7876	Horários de Aplicação	6619
1) DIETA LIVRE LAXANTE, Uma vez ao dia		D3 (SNO)	
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR, REFRATÁRIA A DIPIRONA		D3 (SNO)	
3) DIMENEDRINATO 36 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		D3 (SNO)	
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.		D3 :10:00	<i>longo 16/01</i>
5) DIPIRONA 500mg/mL 40gotas -FLT Uso: 1 frasco, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE		D3 (SNO)	
6) OMEFRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.		D3 :08:00	
7) SINAIS VITais (ESSV + CCGG), 06 em 06 horas		D3 00:00, 06:00, 12:00, 18:00	
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA		D3 (ANTENÇÃO)	

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Presidente Dutra, 979
Bairro São Francisco - PB
CEP: 58010-000
Fone: (83) 3222-1000
Fax: (83) 3222-1001

Prescrição Médica / Evolução Clínica



Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
 Convênio: SUS MUNICIPAL
 Unidade: UNIDADE III
 Leito: ENFERMARIA 301B
 Admissão: 12/01/19 10:38
 Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

Idade: 25 anos
 Reg.: 50781
 Prontuário:

4 dia(s) de internação

Horários de Aplicação

6619

16/01/2019 18:47

1. GLICUSARO 1000ML

Us: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.

2. SODIUM CLOROTICO 0,9% 500ML

Us: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.

3. IRONIA 1000ML ampola

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

4. SULFIR EM 4 ML DE ASD

5. CUMAROLINA SODICA 1g frasco ampola

Us: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

6. CUMAROLINA 100mg (30mg/mL) ampola

Us: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

7. SULFURICO 0,9% 500ML

8. SULFURICO 0,9% 2ML ampola

Us: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

9. TANTOSSA 100 comprimido

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

10. SAB > 160 OU PAP > 100 MMHG

11. OMEPRAZOL 40mg frasco ampola

Us: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.

12. VITAMINAS

13. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

14. APOLICRISTAL

15. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

16. APOLICRISTAL

17. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

18. APOLICRISTAL

19. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

20. APOLICRISTAL

21. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

22. APOLICRISTAL

23. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

24. APOLICRISTAL

25. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

26. APOLICRISTAL

27. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

28. APOLICRISTAL

29. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

30. APOLICRISTAL

31. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

32. APOLICRISTAL

33. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

34. APOLICRISTAL

35. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

36. APOLICRISTAL

37. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

38. APOLICRISTAL

39. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

40. APOLICRISTAL

41. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

42. APOLICRISTAL

43. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

44. APOLICRISTAL

45. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

46. APOLICRISTAL

47. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

48. APOLICRISTAL

49. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

50. APOLICRISTAL

51. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

52. APOLICRISTAL

53. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

54. APOLICRISTAL

55. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

56. APOLICRISTAL

57. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

58. APOLICRISTAL

59. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

60. APOLICRISTAL

61. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

62. APOLICRISTAL

63. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

64. APOLICRISTAL

65. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

66. APOLICRISTAL

67. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

68. APOLICRISTAL

69. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

70. APOLICRISTAL

71. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

72. APOLICRISTAL

73. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

74. APOLICRISTAL

75. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

76. APOLICRISTAL

77. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

78. APOLICRISTAL

79. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

80. APOLICRISTAL

81. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

82. APOLICRISTAL

83. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

84. APOLICRISTAL

85. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

86. APOLICRISTAL

87. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

88. APOLICRISTAL

89. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

90. APOLICRISTAL

91. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

92. APOLICRISTAL

93. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

94. APOLICRISTAL

95. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

96. APOLICRISTAL

97. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

98. APOLICRISTAL

99. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

100. APOLICRISTAL

101. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

102. APOLICRISTAL

103. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

104. APOLICRISTAL

105. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

106. APOLICRISTAL

107. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

108. APOLICRISTAL

109. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

110. APOLICRISTAL

111. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

112. APOLICRISTAL

113. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

114. APOLICRISTAL

115. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

116. APOLICRISTAL

117. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

118. APOLICRISTAL

119. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

120. APOLICRISTAL

121. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

122. APOLICRISTAL

123. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

124. APOLICRISTAL

125. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

126. APOLICRISTAL

127. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

128. APOLICRISTAL

129. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

130. APOLICRISTAL

131. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

132. APOLICRISTAL

133. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

134. APOLICRISTAL

135. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

136. APOLICRISTAL

137. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

138. APOLICRISTAL

139. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

140. APOLICRISTAL

141. CLOFENOXICO 100 comprimido

Us: 1 comprimido, via oral, Dose Única.

142. APOLICRISTAL

143.

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial
São Francisco

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Rég. 50781 Frontuário:
Unidade: UNIDADE 01
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36 5 dia(s) de Internação
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

		Horários de Aplicação	3615
17/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.6784		
1. DIETA LIVRE		D1 (SND)	
2. SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.		D1 22:00	
3. SORO FÍSIOLOGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.		D1 00:00	
4. LIFERONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ABD		D1 00:00 06:00 16:00	
5. CEFASOLINA SÓDICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABD 10ML		D1 00:00	
6. TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. DILUIR EM 100ML DE SFO 0,9%		D1 22:00 00:00	
7. METOCARFAMIDA 1mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. S/N		D1 (SND)	
8. CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 06 em 08 horas. SE PAS > 160 OU PAD > 100 MMHG		D1 (SND)	
9. CNETRAZOL 40mg frasco ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. JEJUM,		D1 06:00	
10. RIVAROXABANA 15MG comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose Única. DEPOIS CIRURGIA		D1 06:00	
11. COMPRESA DE GELO Uso: 1, topical, 06 em 06 horas. NA ZONA DIREITA, OPERADA		D1	
12. SONA VESICAL DE ATIVIO (SVA), 06 em 06 horas S/N		D1 (SND)	
13. INTRATIVO, 24 em 24 horas DIA SUCEDENTE		D1 08:00	
14. SINAIS VITais (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas		D1 (ATENÇÃO)	

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 80781 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36 5 dia(s) de internação
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

17/01/2019 19:00

Solic. (Estoque): 119.8784

Horários de Aplicação

6619

1. CONCENTRADO DE HEMÁCEAS 2. No momento
2 BOLSAS - IV - AGOSA

00

0124190112119

HEMORRÁGICAS

10 34:20

0124190112139

28 44:00

Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA** Idade: **25 anos**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg: **50781** Progtério:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 301B**
Admissão: **12/01/19 10:36** **6 dia(s) de Internação**
Diag.: **S723 - Fratura da diáfise do fêmur**

HOSPITAL
MILMORIAL
Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 50781 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36 6 dia(s) de Internação
Diagn.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

18/01/2019 10:49

Horários de Aplicação

6619

(ATENÇÃO)

■ PÍNALS VITRAIS : SSVV + CCGG), 06 em 06 horas



Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Presidente Getúlio Vargas, 979
Belo Horizonte - MG - BR
Centro de Excelência
E-mail: [REDACTED]

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Hospital Memorial
São Francisco

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 26 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 50781 Prontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36 6 dia(s) de Internação
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

18/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.9326	Horários de Aplicação	3811
1) PIRETA LIVRE		D2 (8N)	
2) SORO GLICOSADO 5% 500ML		D2 22:00	
Use: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
3) DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5mL ampola		D0 14:00	
Use: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
Diluir 100mL de SF 0,9% ou SG 5%			
4) TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola		D0 20:00, 02:00, 04:00	
Use: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.			
Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%			
5) SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL		D2 09:00, 17:00	
Use: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.			
6) DEXIRONA 50mg/mL ampola		D2 06:00, 18:00	
Use: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.			
DILUTIR EM 5 mL DE AGUA			
7) CEFAZOLINA 500MG 1g frasco ampola		D2 06:00, 08:00	
Use: 4 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			
ABC. 10mL			
8) METOCLOPRAMIDA 0,1mg/mL ampola 2mL		D2 (8N)	
Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			
ABC.			
9) CAPTOPRIL 12,5mg comprimido		D2 (8N)	
Use: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.			
SE PAS > 160 OU PAP > 100 MMHG			
10) OMEPRAZOL 40mg frasco ampola		D2 06:00	
..... 1 ampola			
Use: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
ABC.			
11) RIVAROXABANA 15MG comprimido		D2 06:00	
..... 1 comprimido.			
Use: 1 comprimido, via oral, Dose Única.			
12H APÓS CIRURGIA.			
12) COMPRESA DE GELO	01		
Use: 1, torácico, 06 em 06 horas.			
NA CIRURGIA, OPERADA			
13) SÚCIA VESTÍGIO 05 A 10% (SVA), - 06 em 06 horas	D2 (8N)		
ABC.			
14) CURATIVO, 24 em 24 horas	D2 08:00		
ABC.			

AB: ... para Laboratório, 07/01/2019
TR: ... para 07/01/2019
Cortar para saída
EM: ... / ...

**Prescrição Médica / Evolução Clínica**

Paciente: **JANIERSON SILVA DA CUNHA** Idade: **26 anos**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Reg.: **50781** Prontuário:
Unidade: **UNIDADE III**
Leito: **ENFERMARIA 301B**
Admissão: **12/01/19 10:36** **6 dia(s) de Internação**
Diag.: **S723 - Fratura da diáfise do fêmur**

18/01/2019 19:00

Solic. (Estoque): 119.8326

Horários de Aplicação

15) SINAIS VITAIS (SEVV + CCGG) , 06 em 06 horas

02 (ATENÇÃO)

6616

Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. J. A. da Cunha, 9791
Tel: 3233-2010 / 3233-2011
Centro de Atendimento
Est. 111



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
Convênio: SUS MUNICIPAL Reg.: 50781 Frontuário:
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36 7 dia(s) de internação
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

19/01/2019 19:00

Horários de Aplicação

66

07:00-10:00 11:00-13:00 14:00-16:00 17:00-19:00 em 30 horas

L3 (ATENÇÃO)

Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

Dr. Thiago José Gurgel Camara Araruna
CRM-6619
Hospital Memorial São Francisco
Unidade III
Enfermaria 301B
Leito 111
Internado 07/01/2019
Saida 19/01/2019

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Registro: 50781 IH: 3

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Diurno Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Hipótese Diagnóstica: **PRÉ DE FEMUR + TRAÇÃO**

Estado Geral: **Bom** Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,8 °C** Saturação O2: **98%** Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **110x80** Frequência Cardíaca: **91**

Acesso Venoso

Dieta

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Dissecção

VO

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

CONFORTAVEL

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **SVD**

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

Drelos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Curetivo:

Medicações:
SEM PRESCRIÇÃO

Intercorrência:

ÀS 13:00 RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO WALFREDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, EM PRÉ DE FEMUR DIREITO + TRAÇÃO, NEGA HISTÓRICO DE ALÉRGICAS, ANEXO AO FRONTEARIO RIO X DE PRÉ E DOCUMENTO, SEGURO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE, AGUARDANDO VISITA MÉDICA.

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

CEP: 59010-000 - Natal / RN

Contato: (84) 3133-4200

Da: _____

De: _____

COREN: 1266381 - JAINA DANIELE PAIVA DE BESSA

12/01/2019 13:00:18

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Registro: 50781

IR: 3

Leito: ENFERMARIA 301B

Turmo: Noturno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PRE DE FEMUR + TRACÃO

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normopigmentado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 36,5°C

Saturação O2: 96%

Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 110x80

Frequência Cardíaca: 61

Acesso Venoso

Dieta

VO

ACEITANDO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

CONFORTAVEL

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecos:

Obs:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRITO

Intercorrência:

PACIENTE SEGUE SEM QUEIXAS NO MOMENTO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

12/01/2019 10:36:02
TIN/ANALISES/ENFERMAGEM
Cachorro, Mariana
LIMA, J. J.

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781 IH: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Manhã Antecedentes: NEGA COMORBIDADESHipótese Diagnóstica: PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DO FÉMUR (D)Estado Geral: Bom Coloração da Pele: NormocoloradoAlergias Medicamentosas: DESCONHECE

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Oxigêniooterapia

Temperatura: 36,1°C Saturação O2: 98% Respiração: 19 RPM

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 87

Eliminações Fisiológicas

Acesso Vascular Central: Dílate VO
ACEITA BEMDíurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinal: AUSENTE

Aspectos:

Drônios

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Curativo:

LIMPO E OCLUIDO.

Medicações:

AÚM. CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

- REALIZADO HIGIENE PESSOAL POR MEIO DE BNHO NO LEITO + TROCA DE ROUPA DE CAMA + FRALDA + MASSAGEM CONFORTO.
SEGUE SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tf: (84) 3133-4200 / (84) 3102-1223 / RN
Cachorro com cãozinho
E-mail: hmemorial@voloxmail.com.br



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: **ENFERMARIA 301B** Registro: 60781 IH: 3

Turno: Tarde Antecedentes: NEGA COMORBIDIDADES

Hipótese Diagnóstica: TTT CIRÚRGICO PRÉ DE FRATURA DE FEMUR COM TRACADES Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Temperatura: 37 °C Saturação O2: 98% Respiração: 19 RPM

Pressão Arterial: 110x80 Frequência Cardíaca: 68

Oxigênioterapia

EN O2 Ambiente

CONFORTAVEL

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos:

Data:

Tipos:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Acesso Venoso

Oíta

VO

ACEITA

MEDICAÇÃO VO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE SEGUE AOS CUIDADOS EM REPOUSO NO LEITO.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Natal/RN 59010-000
Centro (84) 3133-4200
RJ,

Ribeiro Júnior Tel/Al

COREN: 437772 - REJANE DA SILVA GOMES

13/01/2019 15:16:44

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Nascimento: 06/01/1994 26 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Registro: 50781 IR: 3

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Tarde

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE FRATURA DE FEMUR

Estado Geral: Bom Coletação da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Oxigêniooterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: 36,8 °C Saturação O2: 99% Respiração: 20 BPM

Pressão Arterial: 120x70

Frequência Cardíaca: 89

Acesso Venoso

Dieta

Pedólico

VO

FHV

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

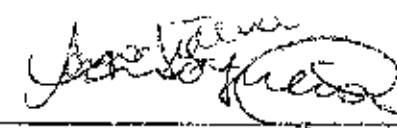
Obs.:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE JOVEM, 25 ANOS, EM PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DE FEMUR + TRAÇÃO ESQUELETICA, VERIFICADO/SSVV SEM ANORMALIDADES, SEGUE NO LEITO SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.



COREN: 1320233 - ANA JULIA DE JESUS AVELINO

14/01/2019 15:51:03

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Nascimento: **06/01/1994 25 anos** Data Internação: **12/01/2019 10:36:02**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Hipótese Diagnóstica: **PRE DÉ FRATURA FEMUR+TRAÇÃO TRANSESQUELETICA**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,7 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **19 RPM**

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **69**

Acesso Vénoso

Central

Díleta

VO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Registro: **50781** IH: **3**

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipos:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM. MEDICAÇÃO DE HORARIO PRESCRITA.

Intercorrência:

PACIENTE SÉGUO BEM NO LEITO, SEM F. AMC, E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

14/01/2019 10:36:02
ADM. MEDICAÇÃO DE HORARIO PRESCRITA.
PACIENTE SÉGUO BEM NO LEITO, SEM F. AMC, E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.
Assinatura: *Elizabell*

Elizabell
M: *Elizabell* Silva

COREN: 435465 - MARIA ELIZABETH DA SILVA

14/01/2019 20:43:46

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50784

III: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:30:02

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Diurno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato:

Hipótese Diagnóstica: PNF DE FRATURA FEMUR+TRACAO TRANSSESQUELETICA.

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Estado Geral: Bom

Coroação da Pele: Normocorão

Oxigênioterapia:

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,2 °C

Saturação O2: %

Respiração 20 RPM

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 69

Eliminações Fisiológicas:

Acesso Venoso

Dieta

Diurese: ESPONTÂNEA

Central

VO

Obs.:

HGT

Intestinal: AUSENTE

Correção:

Correção:

Aspectos:

Correção:

Correção:

Drenos:

Correção:

Correção:

Data:

Curativo:

Tipos:

Local:

Aspectos:

Obs.:

Medicações:

REALIZADO MEDICACÃOES DE HORARIO.

Intercorrência:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIETA VO, DIURESE PRESENTE, VERIFICADO SSVV, REALIZADO BANHO NO LEITO+HIGIENE ORAL+TROCA DE LENÇOIS DE CAMA+VESTE+MASSAGEM DE CONFORTO, SEQUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. C/ CIRURGIA MARCADA PARA A MANHA.

Assinatura: 

Tipo: CIRURGIA

Centro: Centro Cirúrgico

Ena: / /

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781

IE: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Noturno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato:

Hipótese Diagnóstica: PRE DE FEMUR DIREITO

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

-Oxigênioterapia

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,6 °C

Saturação O2:

Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 69

Acesso Venoso

Central

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

ECG:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Correção:

Correção:

Tipos:

Correção:

Correção:

Locaç:

Curativo:

NAO TEM CURATIVO.

Aspectos:

Obs.:

Medicações:

ADMINISTRAO MEDICAÇOES PRESCRITA.

Intercorrência:

PACIENTE NO PRE OPERATORIO POR FRATURA DE FEMUR DIREITO, COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHA APARTIR DAS 24:00H
DIETA ZERO. MANTEM TRAÇÃO ESQUELETICA E QUE NOS CUIDADOS.

Katia Vasconcelos

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781 N° Internação: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

OBSEVAÇÕES GERAIS

14:25 - PACIENTE ENCAMINHADO AO CC, COM 1 PELÍCULA RX + EXAMES LABORATORIAL

Ana Kariny

16/01/2019
COREN - 478670
ANA KARINY COSTA PINHEIRO

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781

IE: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Noturno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: POI DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO

Isolamento de contato: Não

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Nonnocrônico

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Ações Medicamentosas: Desconhecida

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: 36,0 °C Saturação O2: 99% Respiração: 20 BPM

Pressão Arterial: 129x80

Frequência Cardíaca: 89

Acesso Venoso

Central

Dieta

VQ

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: Aguardando

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: No momento

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Oralivo

PO Celuloso

Medicações:

De horário-epm.

Intercorrência:

EVOL ENF ADM CCIRU:

PACTE JOVEM, EM POI DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO, APRESENTA SUTURA NO LÁBIO SUPERIOR E EDEMACIADO, MANTÉM NA HOSP EM MSD POR GRAVIDADE VIAB SF 0,9% + REALIZAÇÃO DE MEDICAÇÕES CPM, COMUNICAÇÃO SETOR DA NUTRIÇÃO, JÁ POSSUI RX DE CONTROLE, SEGUE AOS CUIDADOS D EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Ass.: _____ Data: _____

Ass.: _____ Data: _____

Ass.: _____ Data: _____

Ass.: _____ Data: _____

Oliveira Falomir
CREF 06/00011

COREN: 159311 - Olívia FALOMIR DE ALMEIDA

16/01/2019 20:22:24

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 5078

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Leito: ENFERMARIA 301E

Turno: Diurno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato:

Hipótese Diagnóstica: POI DE FRATURA DE FÉMUR DIREITONível de Consciência: Consciente/OrientadoEstado Geral: BomColoração da Pele: Normocorada

Oxigênio terapia

Alergias Medicamentosas: Desconhece

Em O2 Ambiente

Sintomas Vitais

Temperatura: 36,8 °CSaturação O2: 99%Respiração: 20 RPM

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEAObs.: AguardandoIntestinais: AUSENTEAspectos: No momento

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Acesso Arterial:

120x30

Frequência Cardíaca: 88

Acesso Venoso

Dieta

Central

VO

ICU:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CPM

Intercorrência:

PACIENTE JOVEM, EM POI DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO, APRESENTA BUTIJA NO LÁBIO SUPERIOR E EDÉMICO, MANTÉM NA HVB, EM MSD POR GRAVIDADE VIABILIZANDO SF 0,9%, REALIZADO BANHO NO LEITO+ HIGIENIZAÇÃO DO LEITO+ TROCA DE LENÇOIS DE CAMA, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, SEGUO SEM QUEIXAS, AOS CUIDADOS D EQUIPE DE ENFERMAGEM, AGUARDANDO TRANSFUSÃO DE SANGUE.

CELESTE VIEIRA
EN,

Hospital Memorial de NatalPDT/PAI
HOSPITAL
MEMORIALAV JUVENTIN LAMARTINE, 975 - TRÓPICO - NATAL - RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hospit.al@veloxmail.com.br**REGISTRO DOS TÉCNICOS****Dados do Paciente**

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data-Internação: 12/01/2019 10:36:02

Registro: 50781

IH: 3

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: NoturnoAntecedentes: NEGA COMORBIDADES

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/OrientadoHipótese Diagnóstica: POS DE FRATURA DE FÉMUR DIREITOEstado Geral: BomColoração da Pele: Normal

Oxigênioterapia

Em O2 AmbienteAlergias Medicamentosas: Desconhece

Sinalis Vitais

Temperatura: 36,2°CSaturação O2: 99%Respiração: 20 RPM

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTEAspectos: No momentoPressão Arterial: 110x70Frequência Cardíaca: 84

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Acesso Venoso

Periférico

MSD t6/01

Dieta

VO

TUGT

Correção

Correção:

Correção

Correção:

Correção

Correção:

Curativo

Medicações:

ADM: MEDICAÇÕES DE HONÁRIO QPM

Intercorrência:

PACIENTE REFERIU DOR, FOI MEDICADO CONFORME PRESCRITO.*Janerison R. da Cunha*COREN: 619233 - LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA
12/01/2019 23:44:38

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **59781**

Nascimento: **06/01/1994** 25 anos Data Internação: **12/01/2019 10:36:02**

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Jurso: **Manhã**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Hipótese Diagnóstica: **PÓS DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **Desconhece.**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,1 °C** Saturação O2: **99%** Respiração: **20 RPM**

Oxigênioterapia

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **62**

Em O2 Ambiente

Acesso Venoso:

Periférico

MSD

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Dieta

V.O

Correção:

Correção:

Correção:

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestino: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento.**

Drenos

Data:

Tipo:

Lugar:

Aspecto:

Gbs:

Curativo:

REALIZADO PELA EQUIPE DE CURATIVO.

Medicações:

ADM MEDICAÇÃO DE HORÁRIO CPN.

11:20HRS INSTALADO 1º CONCENTRADO DE HEMACIAS DE N° 01241901121119 H.V. EM MSD (CPM). AFERIDO SSVV: PA:120X80 T: 36,7

Intercorrência:

PCT JOVEM, CONCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIETA V.O. DIURESE PRESENTE, COM AVP EM MSD POR GRAVIDADE, AFEI SSVV SEM ANORMALIDADES, REALIZADO BANHO NO LEITO POR ACOMPANHANTE, SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Ishammo, Anaújo

COREN: 13574486 - JOHANNA ARAUJO DA SILVEIRA

18/01/2019 12:07:52

Hospital Memorial do Natal

HOSPITAL MEMORIAL
Av. JUVENTIN LAMARTINE, 978 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemoria@veloxmail.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Registro: 50781

IE: 3

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Tarde

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PDI DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: Desconhece.

Sinais Vitais

Temperatura: 36,0 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x70

Frequência Cardíaca: 89

Accesso Venoso

Dieta

Peritoneal

VO

HVP em MSD p/gravidade.

Boa acolitação.

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo

Medicações:

DE HORÁRIO CPM.

Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Eupneico.

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: Presente.

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: No momento.

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Intervenção:

PACIENTE EM PÓS OP. DE FRATURA DE FÉMUR DIREITO, MANTÉM HVP EM MSD POR GRAVIDADE + MEDICAÇÕES DE HORÁRIO, ÀS 14HS
INSTALADO A 02° BOLSA DE CONCENTRADO DE HEMACIAS, SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Olavo Faustino de Almeida
COREN: 159311

COREN: 159311 - OLAVO FAUSTINO DE ALMEIDA

18/01/2019 14:39:02

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Registro: 50781

HH: 2

Turno: Noturno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PÓS DE FRATURA DO FÉMUR DIREITO

Leito: ENFERMARIA 301B

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normopermeado

Isolamento de contato:

Alergias Medicamentosas: Desconhece

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Temperatura: 36,8°C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Oxigêniooterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 110x70

Frequência Cardíaca: 70

Eliminações Fisiológicas

Acesso Venoso

Periférico

MSD

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Dieta

VO

BOA ACEITAÇÃO

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: Presente

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: No momento

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspectos:

Obs.:

Medicações:

FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:
SEM INTERCORRENCIAS.

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781

IR: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36h2 Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Diurno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PÓS DE FRATURA DO FÉMUR DIREITO

Estado Geral: BOM

CorAÇÃO da Pele: Normopigmentado

Alergias Medicamentosas: Desconhecido

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Oxigêniooterapia

Em O2 Ambiente

Temperatura: 36,8°C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 110x70

Frequência Cardíaca: 78

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

V.O.

MSE

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

REALIZADO PELA EQUIPE

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Medicações:

ADM CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

PCT JOVEM, CONCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIETA V.O. DIURESE PRESENTE, COM AVP EM MSD POR GRAVIDADE, AFRIDO, SSVV SEM ANORMALIDADES, REALIZADO BANHO NO LEITO POR A COMPANHANTE, PACIENTE FOI PULSIONADO JELGO DUA VEZ A PRIMEIRA COM 20 NAO DEU CERTO EM MSE POIS COM 22 Q FOI O Q FICOU, TRACADO EQUIPO E POLIFIX-E, SEGUO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Registro: 50781

IR:

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Noite Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PÓS DE FRATURA DO FÉMUR DIREITO

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocorada

Alergias Medicamentosas: Desconhece

Sinais Vitais
Temperatura: 36,2 °C Saturação O2: 98% Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 78

Acesso Vênoso
Periférico
MSD

Dieta
VO
BOA ACEITAÇÃO

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigênioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: Presente

Intestinal: AUSENTE

Aspectos: No momento

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:
FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:
SEM INTERCORRENCIAS.

Elizabete
M. *Elizabete da Silva*
COREN: 435486 - MARIA ELIZABETH DA SILVA

18/01/2019 21:13:26

EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781 Nº Internação: 3

Nascimento: 06/01/1994 26 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02 Leito: ENFERMARIA 301B

Limpeza: **SF 09% + GAZES + MICROPORE + LUVA EST + LU**

Tipo de Ferida: **FERIDA OPERATÓRIA**

Localização: **FRATURA DE FÉMUR DIREITO**

Condições da Pele: **LIMPA E SECA SEM PRESENÇA DE SECREÇÃO**

EXSUDATO DA FERIDA

Seroso Purulento Sanguinolento Serossanguinolento Piosanguinolento Sem Exudato

PELE - PERILESIONAL

Integra Escorada Sinal Fisiológicos Descamada Alergica/Dermatite Macerada

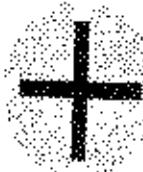
Quando da(o) Selecionar uma opção Odor: Selecionar uma opção

BORDAS

Distintas Regulares Irregulares

OBSERVAÇÕES GÉRICAIS

12/01/2019 14:59:01
Técnico(a) COREN - 123456789
JOAVO FALCOMÉRIO ALMEIDA



Hospital Memorial

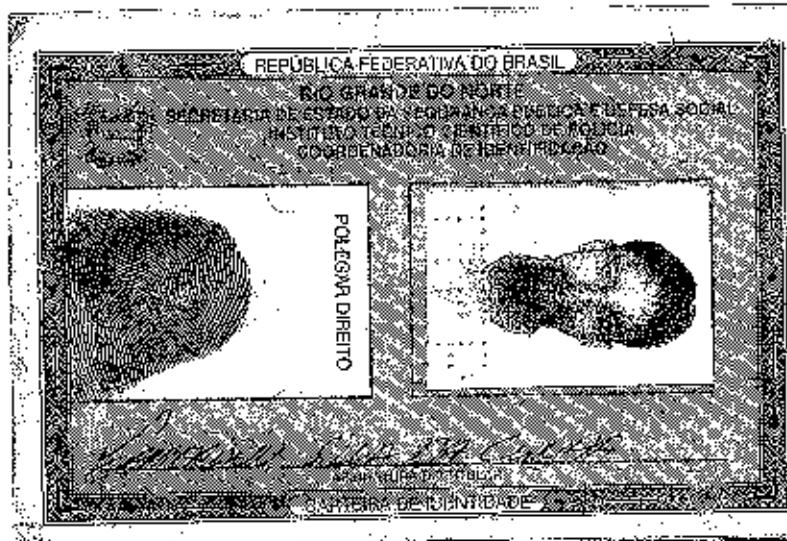
São Francisco

LNUO MENO

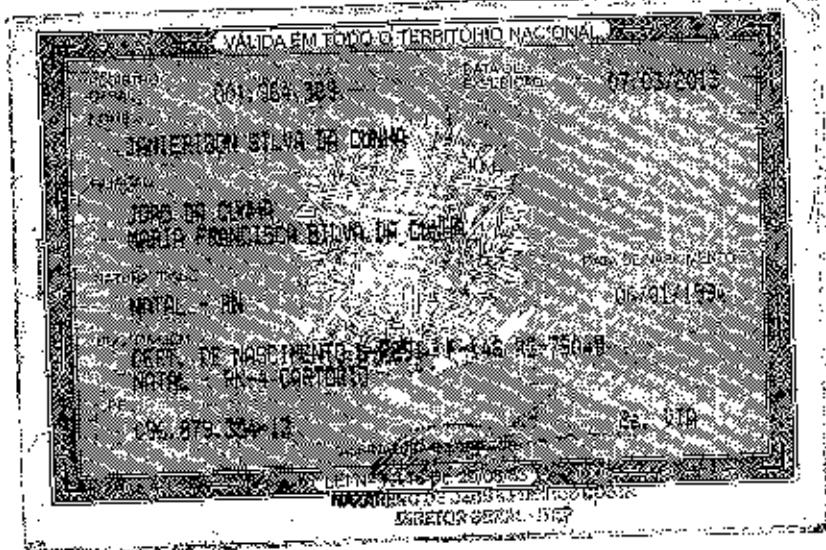
Pacienti sanierion sevo de
cunha fo submetido a tratamento
cirúrgico de grave fratura de
perna direita há 8 meses.
No Rx d corco dente fratura
com ralos d consolidacão.
Suxo apontamento d reor
alredor trabaldo por
no minimo, 150 (cent e cincos)
dias. Sobrelo avulsão d mala
rule. (112.000.000) 1310919
~~1310919~~

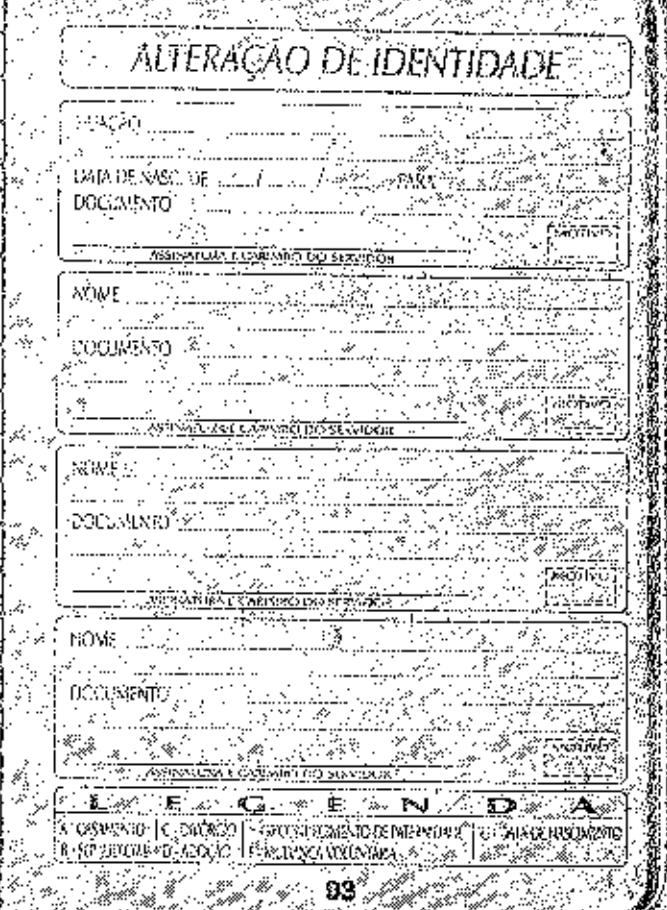
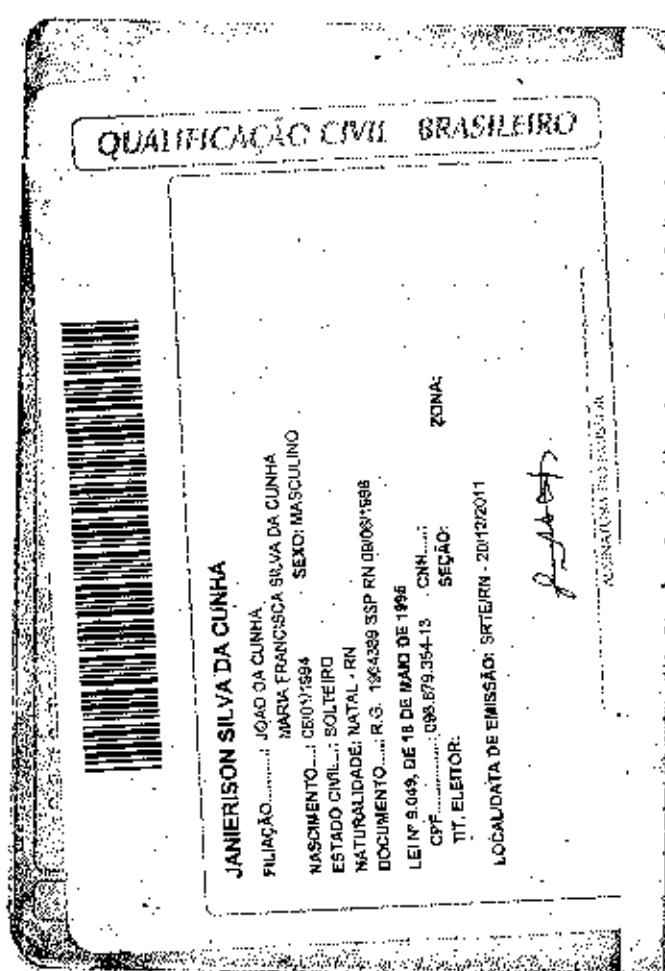
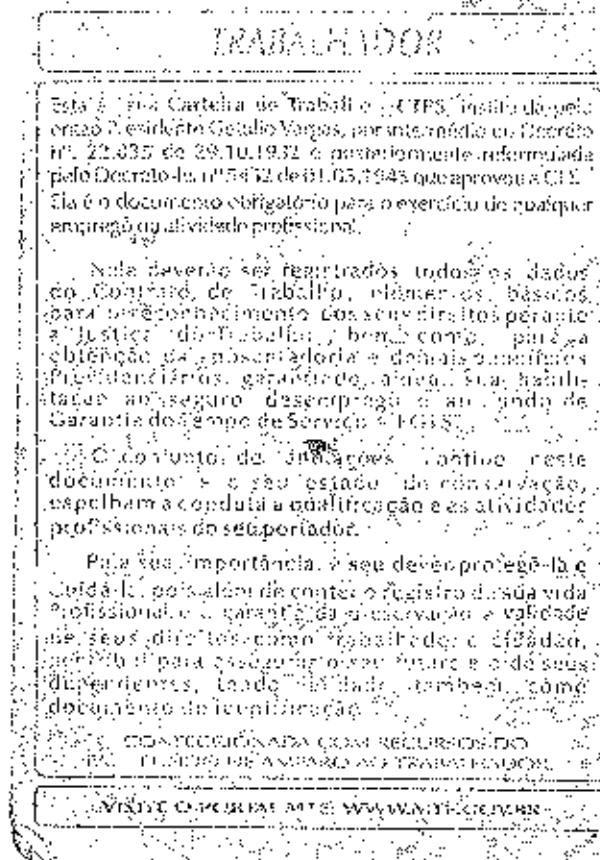
Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - 3259022-020 - Tiro - Natal/RN

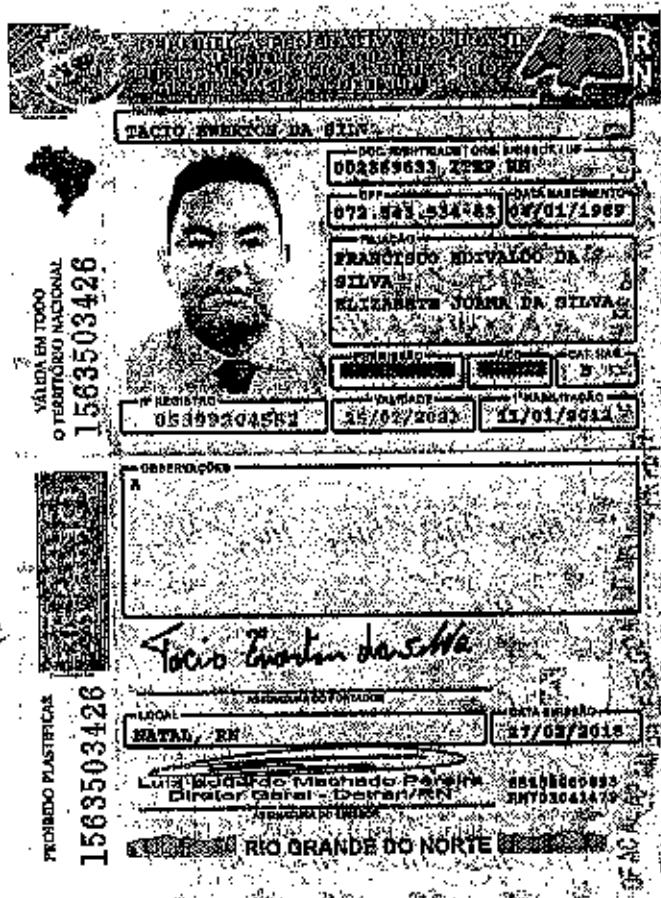




$\sqrt{1 + \mu^2}$







PROTÓCOLO
RECEBIDO
25 JUN 2013
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS

PROTÓCOLO
RECEBIDO
24 JUN 2013
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGUROS.

UNILAR MOTOS (FILIAL BERNARDO VIEIRA)

AV. BERNARDO VIEIRA N° 1139 - QUINTAS
NATAL-RN
CEP 59030-400
FONE (84)3653-2124

DANFE

Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0-FNTRADA 1-
1-SAÍDA 1-
Nº 000.002.568
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
2443 1111 8791 4300 0131 5500 1000 0025 6817 5924 7954

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE VENDA

324130011376609 22/11/2013 11:09:54

CNPJ

11.879.143/0001-31

NATUREZA OPERAÇÃO

VENDA DE VEÍCULOS NOVOS D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL

202304485

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOMENCLATURA SOCIAL

ELVIS MAICON DE LIMA SILVA

ENDERECO

RUA DA SOLIDARIEDADE 59

MUNICÍPIO

NATAL

FONE/FAX

(84)8869-5683

NOME/INSTITUTO

MAR LUIZA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

095.032.834-00

CEP

59000-000

DATA DA EMISSÃO

22/11/2013

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

ISENTO

FATURA/DUPPLICATAS

PAGAMENTO A PRAZO

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. A PMAZ. TRIBUTOS (IPI)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.990,00
VALOR DO FRETE	VALOR DE FRETE	VALOR DE FRETE	OUTRAS DESPESAS/ACESSÓRIOS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.990,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOMENCLATURA SOCIAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VÉHICULO	CNPJ/CPF
	9-SEM FRETE			

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

DETALHAR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/NB	CFOP	UNID.	QTD.	VALOR/UN.	VAL. TOT.	BC. ICMS	VAL. ICMS	VAL. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
DETALHAR	JONNY MEET SÍCIL Veículo NOVO Marca: DASHER Tipo: CICLOMOTOR Modelo: JONNY MEET 50CC Comb.: GASOLINA Ano Fab.: 2012 Ano Mod.: 2013 Chassi: LHIXCBLMEB101690 Motor: 139FMB14/AD160 49cc 4 Bp Cor: PRATA Revestimento: 100000 NF Driem: 6206 Especie: PASSAGEIROS Passeiros: 2	78712000	200 5403	UNX	1,00	3.990,00	3.990,00				0,00%	0,00%

PROTOCOLO RECEBIDO

25 JUN 2013

TURPA DO SOL/AM.

FONE: (84)3653-2124

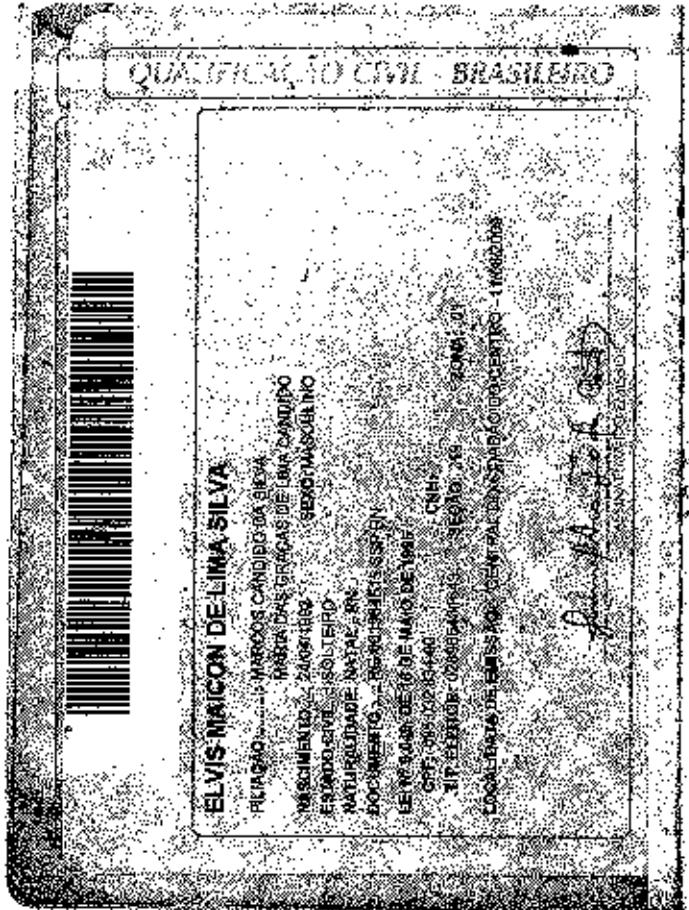
RESERVAR N.º FISCO

11.879.143/0001-31

ADRIANO E CARLOS MOTOS LTDA

Av. Bernardo Vieira N° 1139
Quintas - CEP 59030-400

Natal/RN



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190396499 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIO K E TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA. ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

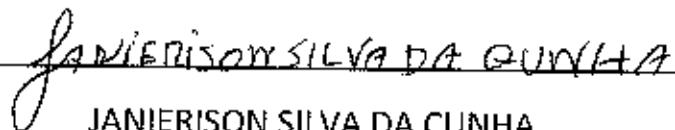


SOLICITAÇÃO DE REANALISE.

Eu JANIERISON SILVA DA CUNHA de CPF: 096.879.354-13 não estou de acordo com a negativa do meu processo, fiquei realmente com sequela para comprovar estou enviado novo laudo informando a sequela definitivas.

A minha nova documentação medica está sendo enviada com data atualizada e com as sequelas existentes.

Não tenho mais nenhuma outra documentação medica então sendo assim, venho por meio desta solicitar que marque uma **perícia** com o médico da seguradora.



JANIERISON SILVA DA CUNHA

CPF: 096.879.354-13

Natal/Rn 18/09/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190396499 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA **Data do acidente:** 05/01/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA COMINUTIVA DA DIÁFISE DO FÉMUR DIREITO. P4/10/24(ANEXO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS E ENXERTO. P7/23/24(ANEXO) ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JAMERISON SILVA DA CUNHA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: Politeiro, Data do Acidente _____
Cobertura NATAL, portador(a) do RG 1964389, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 096.879.354-83 residente no(a)
RUA DA SOLIDARIEDADE nº 60,
bairro: MAC LUIZA, município: NATAL / RN.

OUTORGADO:

Nome: TACIO EWERTON DA SILVA, brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRO Profissão: CORRETOR,
portador(a) do RG 002369633, órgão expedidor ITEP e do CPF: 072.543.534-83, residente
no(a) RUA ENFERMEIRO JOÃO CORREIA DA SILVA nº 247, bairro: AREIA PRETA, município:
NATAL / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

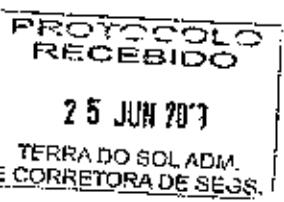
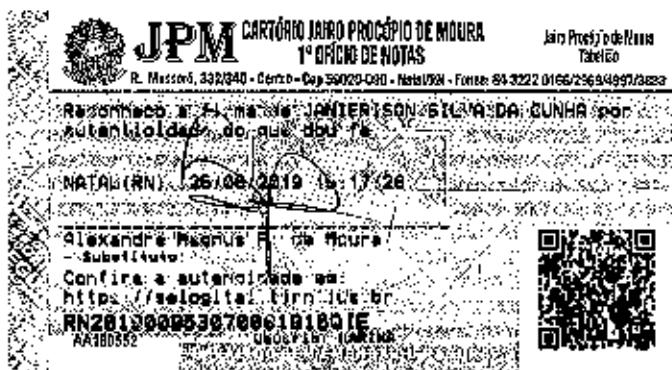


Patel, 25/06/2019

Local e Data

Jamerison Silva da Cunha

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214074/19

Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA

CPF: 096.879.354-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

TACIO EWERTON DA SILVA : 072.543.534-83

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

JANIERISON SILVA DA CUNHA : 096.879.354-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/06/2019
Nome: TACIO EWERTON DA SILVA
CPF: 072.543.534-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

TACIO EWERTON DA SILVA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214074/19

Número do Sinistro: 3190396499

Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA

CPF: 096.879.354-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 18/09/2019

Nome: TACIO EWERTON DA SILVA

CPF: 072.543.534-83

Data do cadastramento: 18/09/2019

Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA

CPF: 103.995.364-69

TACIO EWERTON DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA