
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

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 096.879.359-13 3 - CPF da vítima: 096.879.359-13 4 - Nome completo da vítima: ANDERSON SILVA DA COSTA

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

5 - Nome completo: ANDERSON SILVA DA COSTA 6 - CPF: 096.879.359-13
 7 - Profissão: PROFESSOR 8 - Endereço: RUA DA SOLIDARIEDADE 9 - Número: 59 10 - Complemento: ---
 11 - Bairro: MAE LUÍZA 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59014-227
 15 - E-mail: (84) 98883-1857

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: --- CONTA: --- ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA
 AGÊNCIA: 0033 CONTA: 25957 6

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 Líder 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: ---
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: --- 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: ---
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: --- Falecidos: --- 30 - Vítima deixou nascituro (virescente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: --- Falecidos: --- 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

PROTOCOLO RECEBIDO

34 - ---
 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: ---

38 - 1ª | Nome: --- CPF: ---
 Assinatura da testemunha: ---
 39 - 2ª | Nome: --- CPF: ---
 Assinatura da testemunha: ---

40 - Local e Data, NATAL 25/06/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ANDERSON SILVA DA COSTA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): ---

43 - Assinatura do Procurador (se houver): ---



AUTO-ATENDIMENTO - AG. RIBEIRA/RN
DATA: 24/06/2019 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: 0800-725 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

PROTOCOLO
RECEBIDO

25 JUN 2017

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.



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

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - O/HOMEM

1.2 Data de Expedição: 22/04/2019 10:45:28

1.4 Ligou CIOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Hora do Fato: 05/01/2019 22:41:00

2.3 Fato: Consumado

2.5 Meio(s) empregado(s): Veículo

2.6 Tipo do local: Via Pública

2.8 Número: .

2.10 Complemento: esquina com prudente de marais

2.12 Bairro: PETROPOLIS

2.14 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

2.2 Autoria: Desconhecida

2.4 Flagrante: Não

2.7 Logradouro: AVENIDA TRAIRI

2.9 CEP:

2.11 Ponto de Referência:

2.13 Cidade: NATAL

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: JANIERTSON SILVA DA CUNHA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 09687935413

3.11 Nacionalidade:

3.13 Profissão: PINTOR

3.15 Telefone(s): 84 987873654

3.17 Número: 59

3.19 Bairro: MÃE LUIZA

3.21 Estado: RIO GRANDE DO NORTE

3.23 Cidade: NATAL

3.2 Estado civil: Solteiro(a)

3.4 Pai: JOAO DA CUNHA

3.6 Mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

3.8 Orientação Sexual:

3.10 Identidade de Gênero:

3.12 Data de Nascimento: 08/01/1994

3.14 RG: 1964389 - ITEP/RN

3.16 Passaporte:

3.18 Naturalidade: NATAL - RN

3.20 E-Mail:

3.22 Logradouro: RUA DA SOLIDARIEDADE

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

7.1.3 Chassi: LHJXCBLA0EB401890

7.1.5 Placa:

7.1.7 Marca: BASHAN

7.1.9 Ano do Modelo: 0

7.1.11 Cor do veículo: PRATA

7.1.13 Nota Fiscal:

7.1.15 Nome do proprietário: ELVIS MAICON DE LIMA SILVA

7.1.17 Nome do condutor: O COMUNICANTE

7.1.18 Observações:

7.1.2 Seguradora:

7.1.4 Renavam:

7.1.6 Estado:

7.1.8 Modelo: JONNY MEET 500C

7.1.10 Ano de Fabricação:

7.1.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Vínculo com a Ocorrência:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O COMUNICANTE COMPARECEU NESTA UNIDADE ESPECIALIZADA, PARA INFORMAR QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL SUPRA, ESTAVA CONDUZIDO A MOTONETA RELACIONADA, OCASIÃO NA QUAL 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

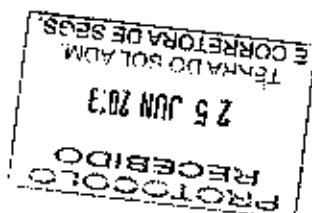
Interessado

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 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 096.899.359-13 4 - Nome completo da vítima: JANEIRSON SILVA DA COSTA

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

5 - Nome completo: JANEIRSON SILVA DA COSTA 6 - CPF: 096.899.359-13

7 - Profissão: PISCO 8 - Endereço: Rua da Solidade 9 - Número: 59 10 - Complemento:

11 - Bairro: Mog 12 - Cidade: Nairiz 13 - Estado: MN 14 - CEP: 59014-227

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (84) 98883-1857

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA

AGÊNCIA: 0037 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.

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 (assinale 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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora 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.

PROTOCOLO RECEBIDO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: CPF: 25 JUN 2017
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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



DECLARAÇÃO

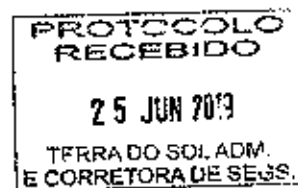
Declaramos para os devidos fins que **JANIERISON SILVA DA CUNHA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 05/01/2019, aproximadamente às 22h41min, na Avenida Trairí com a Prudente de Moraes, Petrópolis, nesta Cidade, Sob nº de Ocorrência **238730/2**, onde foram feitos os procedimentos 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
Matricula 72.468-1

[Handwritten signature]
M.T. 46888-6



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 05 (BASE DESCENTRALIZADA LEIDE MORAIS)

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

REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: VITOR

Telefone: (84) 99697-1343

Nome do Paciente:

OAO DA CUNHA

Idade: *

30 ANO(S)

Sexo: *

ASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7850988 Longitude: -35.2002206

Endereço: TRAJIRI COM A PRUDENTE

Nº: VP

Bairro: PETRÓPOLIS

Outro Bairro:

Referência/Complemento: PX DA PRAÇA CIVICA

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 DIFICULDADE PARA RESPIRAR, HÁ SUSPEITA DE FRATURAS MÚLTIPLAS PELAS DEFORMIDADES EM OMBRO, QUADREL E PERNA, HÁ SANGRAMENTO FACIAL.

AÇÃO COM INTERVENÇÃO: USA

PRIORIDADE: VERMELHO

CÓDIGO DE DESLOCAMENTO: CÓDIGO 3

POSSUI CONVÊNIO MÉDICO: NÃO

Apoio:

OBSERVAÇÕES

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

Observação: VICTOR 84988110348

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:
05/01/2019
22:41:41Regulação Médica:
05/01/2019
22:53:17Solicitação VTR:
05/01/2019
22:53:42
Liberação Destino:
06/01/2019
00:09:53Saída VTR:
05/01/2019
22:56:52
Liberação VTR:
06/01/2019
00:09:54Chegada Local:
05/01/2019
23:02:23Saída Local:
06/01/2019
00:09:50Chegada Destino:
06/01/2019
00:09:51

Observação de Apoio:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDUZA

Remoção

Conduza 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 TCC EM MENTO. DEMAIS SEM ALTERAÇÕES. SEGUIU AO QTI DO POLITRAUMA DO HMWG, RECEBIDO POR DR SAMUEL.

REMOÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WOLFRED GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

- SELECIONE -

H. ligação ao serv prop.:

00:34

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Vaga Zero

Motivo da entrada:

▼

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Ass:

Data:

01/01/2019

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, 1604, CEP 68015-000
CNPJ: 08.334.385/0001-45 / INSC. Estadual: 20055.426-3
Admin. Central (84) 3232-4432 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

RECEBIMTO DE PAGAMENTO

DATA: 02/06/2019
VALOR: 3,79
1,15
1,15

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO - N° 130.004.34
IMPRESSO EM 03/01/2019 ÀS 08:20:47

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA	MES/ANO			
MARTA DAS GRACAS DE LIMA CANDIDO RUA DA SOLIDARIEDADE, N. 59 - NAE LUZZA - NATAL - RN 59014-273		021300	03/2019			
INSCRIÇÃO 130.004.34	ROTA 1	SEQROTA 10	QUANTIDADE DE ECONOMIAS RESIDENCIAL GOVERNAL INDUSTRIAL PÚBLICA			
HIDRÔMETRO SEM MEDIDOR	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO				
CONSUMO ÁGUA (M3): 10		DATA LEITURA: LEIT. ATUAL: LEIT. ANT.: DIAS CONSUMO:				
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	MÉDIA
02/2019	10	12/2018	16	10/2018	10	10
01/2019	10	11/2018	10	09/2018	20	
DESCRIÇÃO				CONSUMO		
ÁGUA				39,99		
R\$ ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA				10 M3		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2019				0,79		
FATURAS EM ATRASO						
REF. DB.ATE	1657,95	REF. 201712	39,98			
REF. 201710	39,98	REF. 201801	39,98			
REF. 201711	39,98	OUROS 487.6299.0999.0000				
TRIBUTOS		BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO		
PTF		39,99	1,4	0,56		
COFINS		39,99	7,6	3,04		
VENCIMENTO		16/03/2019	TOTAL		40,78	
ANÁLISE DE ÁGUA E ESGOTO						
Parâmetros	Turbidez	PH	CaCl ₂ Total	Cloro Residual Livre	Mn (como S)	
VMP e Recomendados	≤ 5,0 NTU	6,0 a 8,5	% de Aproximação	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L	
Valores Obtidos	1,144	7,5	98,11 %	0,50	8,0	

PROTOCOLADO
RECEBIDO

25 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.

2a VLA

www.cosem.com.br

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

autoatendimento.cosern.com.br/NDP_DCSRUCES_D~home~neologw~sap.com/servlet/login.neoenergia.com.RFCCConversaoServlet?redirfatura... 1/1

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECA/WEB/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, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu TACIO EVERTON DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.543.534-83 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JAMONISON SILVA DA CUNHA inscrito (a) no CPF sob o nº 096.899.354-13

do sinistro de DPVAT cobertura INURB. 02 da Vítima JAMONISON SILVA DA CUNHA

inscrito (a) no CPF sob o nº 096.899.354-13 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Antenor de Souza C. da Silva</u>	Número: <u>247</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ARCA PISTA</u>	Cidade: <u>Natal</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59014-120</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: _____

Natal 25/06/19

Tacio Everton da Silva

Assinatura do Declarante

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

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, ELVIS MAICON DE LIMA SILVARG nº 007.964.515, 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 SOLIDARIDADE, nº 59
complemento EM FRENTE AO FAROL DE MÃEZINHA declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
JANIERISON SILVA DA CUNHA cujo o condutorera JANIERISON SILVA DA CUNHAVeículo: JOHNNY MOTORAno: 2013Modelo: JOHNNY MEET 50CC

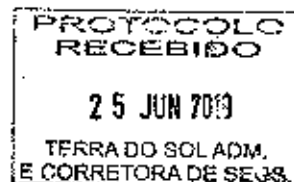
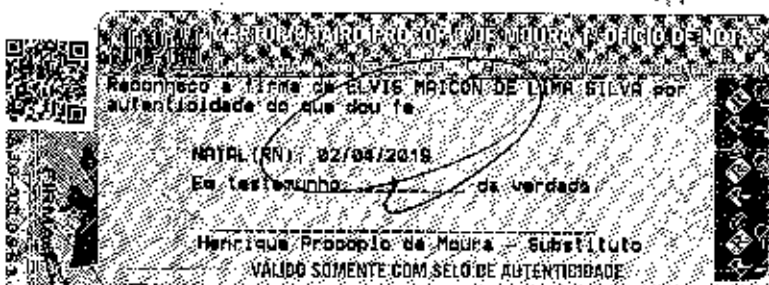
Placa: _____

Chassi: LHJXBLA0B401890Data do Acidente: 05/03/2019Local e Data: AVENIDA TRAIRI COM A PRUDENTE DE MORAIS
(PETRÓPOLIS)Elvis Maicon de Lima Silva

Assinatura do Declarante

JANIERISON SILVA DA CUNHA

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





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 964 /2019

Admissão: 05/01/2019 23:38:20

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - AMARELO

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

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

Sexo: M Cor: PARDA

CNS: 703407235026710 CPF: 09687935413

Prof: PINTOR

Mãe: MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA Pai:

Logradouro: SOLIDARIEDADE, 59

CEP: 59014223 Bairro: MÃE LUIZA

Cidade: NATAL

Telefone: 84 .988592729

Compl:

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:

PROTOCOLO
RECEBIDO

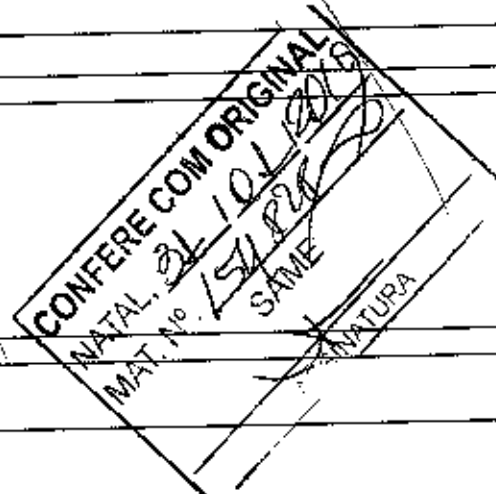
25 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.

E CORRETORES DE SEGR.

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

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 964 /2019

Admissão: 05/01/2019 23:38:20

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: 109143 - JOAO DA CUNHA (30 a 4 d)

Nascimento: 01/01/1989 Natural: NATAL BRASIL

NS: CPF:

Mãe: MARIA

Pai:

Prof:

Sexo: M Cor: PARDA

Esgadouro: TRAIRI, 1

EP: 59020150

Bairro: PETRÓPOLIS

Cidade: NATAL

Telefone: 84 32327500

Compl: ENDEREÇO ACIMA LOCAL DA OCORRÊNCIA

Evento: MOTO X CARRO - COLISÃO

Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO 19 15:02

*Empresa:

Imagem:

Discriminador:

Exame:

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: COLISÃO CARRO MOTO/ TCE MODERADO+ALCOLIZADO

Relato: Paciente vítima de colisão moto x carro (não usava capacete). Encontra-se confuso (provavelmente alcoolizado) no momento da admissão. Provável TCE e trauma de face. Apresenta dor em membros superiores direito e em tórax. Suspeita de fratura de tórax @.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VAP a nível esternal e calor.

3 MVD bilateral, o provável estertor holoso. SPO2: 99%.

2 hemod. esternal.

2 ECG: 10.

2 Lesões em face e membros superiores direito e tórax lateralmente.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

RAIOS-X

Realizado em 05/01/19 Hora:

Técnico:

Saída: -

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

Bairro: MÃE LUIZA

Complemento:

CEP: 59014223

Cidade: NATAL

Telefone: 84 988592729 84 988592729

Especialidade: ORTOPEDICA

Unidade: 4 ANDAR

Leito: 451

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. Nº. 154828
SAME

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NATAL, 31 de Janeiro de 2019.



Nome

João da Cunha

Leito:

Idade:

Nº Registro:

196/2019

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

06/01/19

Hora:

XXORTOPEDIAX

Paciente com história de colisão
moto x automóvel.Dor e deformidade da coxa
direita. Sem exposição óssea.

HD: fratura fechada do fêmur (D)

Internação para tratamento cirúrgico.

Dr. Hugo Pereira da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6865 / EOT 15517CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 31/01/2019
MAT. Nº 154828-0
SAME
ASSINATURA

06 01 19 - NCR - 9:30h

Paciente com plg 12
NCR 114

Agende TC coxa com

at: Debarbieri

CLAUDETE S. CARDOSO
COORDENADORA
DE ENFERMAGEM
Nº 154828-0
SAME

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

Rx de tórax AP
 Rx de coxa @, perna @ {AP Perfil

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

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

AR: Muc. simétricos, sem RA

Abdom: plano, flácido,
 indolor a palpação.

Alta do Círculo Geral.

Dr. Arthur S. A.
 CRM 10771

+ 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:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA

HORA

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

OBITO: 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

XXORTOPEDIAX

Paciente submetido à tração
transesquelética na tibia @
Por fratura diáfisária fechada
do fêmur direito.

Sem intercorrências.

Paciente com história de Trauma-
tismo Crânio-encefálico e rebai-
mento do nível de consciência.

Conduta: Solicito nova tomo-
grafia do crânio + avaliação
da neurocirurgia.

Aguarda transferência - NIR -
para tratamento cirúrgico defi-
nitivo do fêmur direito.

Dr. Hugo Pereira da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 65567

CONFERIDO ORIGINAL
NATAL 31/10/2019
MAT. Nº. 1
SAME
ASSINATURA

6/1/2019 NL Nemo sempre

TC controle mostra onde machucado
leve a vista para a plúmia na cartilagem.

Ed: Observe pele na perna @ 24L

07/01/19

NC

SI DEFINT FPM

LIBERTADO 11/19 NC



IDENTIFICAÇÃO

Nome: João da Cunha

Reg. Nº FIA: 196/2019

Diagnóstico pré-operatório: Fratura fechada diafisiária do fêmur direito.

Indicação terapêutica: Tração traço esqueletrica Urgência (X) Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 06/01/19

Início:

Término:

Duração:

Operador: Dr. Hugo Pereira

CRM/CRO: 6865

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

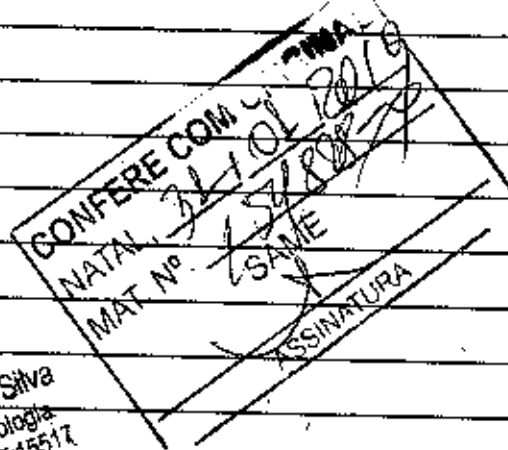
Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Paciente em DDU, sob anestesia local.
- 2) Antissepsia + anesmia com clorexidina
- 3) Posição de fio de Kirschner 5.0 na tíbia direita.
- 4) Montagem de tração traço esqueletrica.
- 5) fim do procedimento.

Dr. Hugo Pereira da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM RN 6865 / TEOT 15517

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

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



Identificação

Enfermaria: Ortopédica Leito: 451 UTE: Leito: 452
Data de admissão: Alta:
Nome: Yamerson Silva de Souza Naturalidade: Natal/RN
Idade: 25 anos Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 06/01/1994
RG: 196438953PRN Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: medio inc
Filiação: Pai: João da Souza Mãe: M^{te} Francisca Silva de Souza
Endereço: Rua Solidariedade nº 59 mãe louisa Cidade: Natal/RN
Telefone: 98859-2729 (mãe) () Residencial () Trabalho () Recado
CPF: 096.879.351-13 Outros telefones: SUS 703.4072.3509.6710
Composição familiar: Reside com Williana monalisa + 1 filho +
Outras informações: Faz uso de () Alcool () Fumo () Drogas () Psicotrópicos gestante 3 mes

Situação Ocupacional e Vinculação Previdenciária

Atividade desenvolvida: pintor de parede Trabalho c/ vínculo empregatício ☒ 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:

Crêditos para Acompanhante

Possui requisitos? () Não ☐ Sim Qual o motivo?
Portador de deficiência: () Auditiva () Visual () Física () Mental
Responsável pelo paciente: Williana monalisa Bourdes Lima
Parentesco: companheira do paciente Telefone: 987873654 Silva
Endereço do Responsável: acima

Evolução

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

paciente de 25 anos de idade, sofreu acidente de moto. acompanhante veio identificar paciente em anexo roteiro de documentação.

Saída

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

CONFERE COM OR
NATAL Nº. 3101
MAT Nº. 21877
SAME

ASSINATURA

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILI-
LÍSTICO

EXAME FÍSICO: EUB, EUPNEICO, VIGIL, ORIENTADO, MUCOSAS CORADAS,
HIDRATADO, FERIMENTOS EM TET. MOLE

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

TRAUMA DE FACE

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS:

CONDIÇÃO PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) Amamentação - Mãe H.A.W.
2) Solicito TC Face (Superior)

Kerison Paulino de Oliveira

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

CRO/RN - 2273

Evolução:

Paciente bem orientado em face
cd: Anterior

Sintomas múltiplos em face
Ata Bruta

Assinatura e Carimbo do Responsável
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
DODM 15233
CRO/RN 5553

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Respirar
Sintomas automobílicos
Com edema
Ex. de dor
No post. de face

Dr. Maxuelton Alves
CRM/RN 7560 FBO 15233
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura e Carimbo do Responsável
Dr. Otonário

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

HORA:

SAÍDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica ☐À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

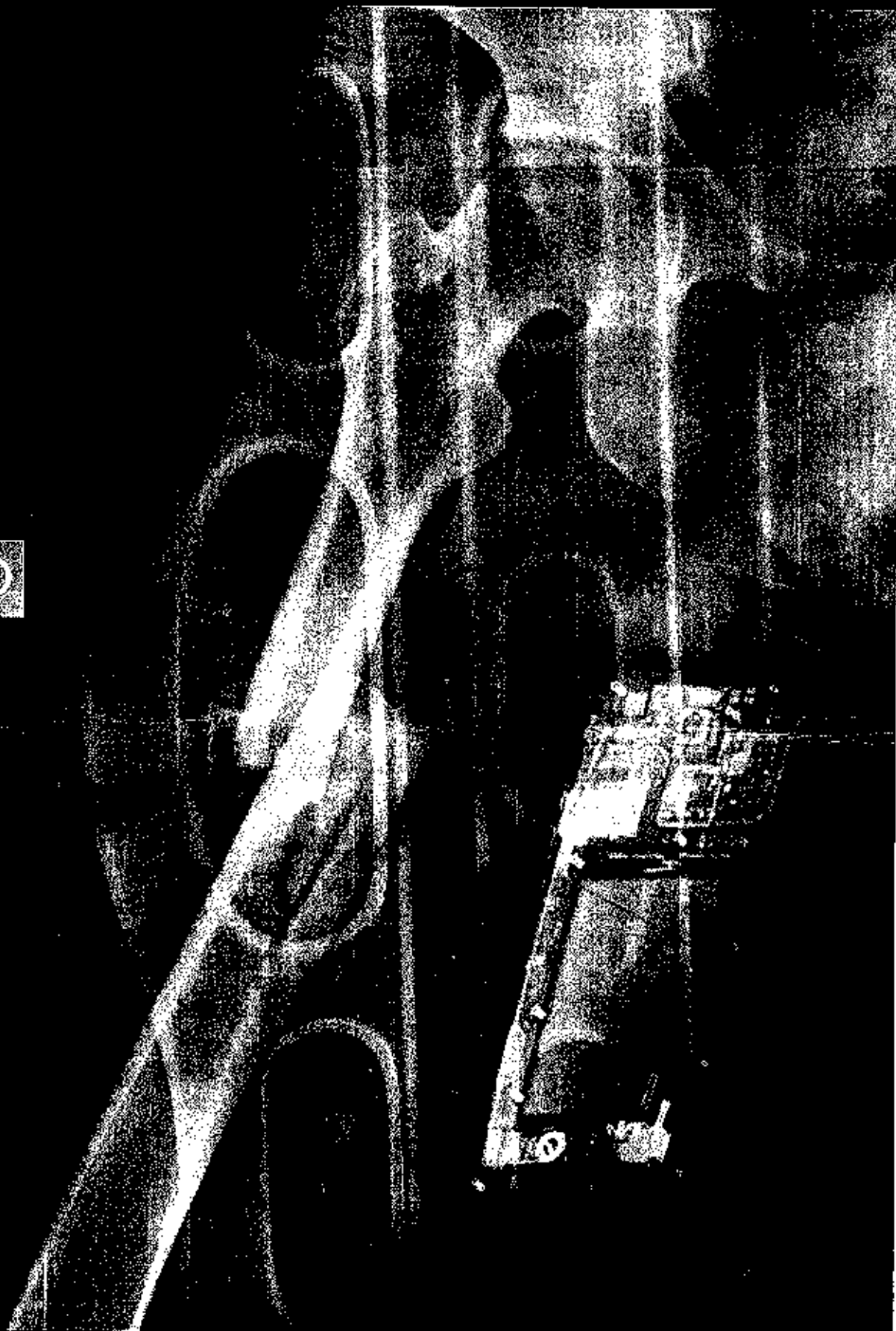
DATA:

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐S.V.O. ☐I.T.E.P. ☐

D



d. Paciente: 964 Data Exame: 06/01/2019 01:04:57
Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

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

D

Paciente: 964 Data Exame: 06/01/2019 01:04:57
Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

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

D



Paciente: 964 Data Exame: 06/01/2019 01:04:57
Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

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

pent a/ltor d'ocult d
unat come
gasperia si raturicaa saggese per eliof

o Ben, upo ardent fagor 4
purple rooster

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

Pl. de estudos	→ Acadêmicos do Colete e profs em geral
Colégio central	→ alunos do ensino OUTROS

OUTROS

ANOTAÇÕES-DE ENFERMAGEM

Francis Nelson Ayres

Hold 10-5m

liberado p/ cumprir o tempo
matriculado pela mãe
por menor de idade de N. C.
(C.T. de nascimento N. C.).

9/10/19

Em... 25/10/2010
LIBERADO 1º M.O.

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DR. EMERSONI E OLIVERA
NEUROCIRURGIA

Normal

PERSONAL E OBRIGADA
PROCURADIA
CRIMINAL 1287
do Responsável

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL
MAT. Nº
SAME

CLASSIFICAÇÃO DO TCE
JULHO 2009

03 - 08 grave (necessidade de
ajudinha na hora da)
09 - 3 = moderação;
14-15dura

Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;ii:118-21.

A escola portuguesa de direito era a primeira a receber alunos estrangeiros, mas também com 360 de esperar a 3 anos. Na Escola Brasileira, os alunos não só tinham que estudar 3 anos, mas também tinham que fazer o curso de direito em 3 anos.

SEM DOR	LEVE	Mediana	Interval	Pior Resultado
0	1	2	3	4

$\frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} \right)^n = \frac{1}{2^{n+1}}$

SECRET

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA DE SARAGOV	
Abertura Ocular (AO)	0 ou 1
Cabeça se abrem em movimento.	4
Difere-se a cabeça em movimento vertical. (Não confunde com o deslizar de uma pessoa apoiada, se está de costas e se não é).	3
Cabeça se abre por estímulo doloroso	2
Difere não se abre.	1
Melhor resposta verbal (BRV)	
Obedece? Responde com palavras e apropriadamente às perguntas sobre "lar Salão", "linda", "mãe", "você", o tempo, a data e etc.)	5
Conhece? Responde às perguntas sobre a situação, mas há alguma desorientação e confusão.	4
Palavras incoerentes (palavras soltas, sem uma frase completa entendida)	3
Bom entendimento, (O respondido com palavras soltas).	2
Altere.	1
Melhor resposta motora (MRM)	
Obedece o ordem verbal. (Puxa o braço sempre quando é a ordem).	4
Localiza resposta dolorosa.	3
Resposta involuntária à dor.	2
Palavra flexão à dor (Desorientação).	1
Palavra extensão à dor (Desorientação).	2
Resposta motora.	1
Total	

"ESCALA DE PAINEL DO TRAUMATIZADO - RTB"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	7-150 = 4
	9-120 = 3
	5-90 = 2
	4-90 = 1
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA	20 = 0
	18-20 = 1
	22-24 = 2
	26-30 = 3
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	6-90 = 2
	5-80 = 1
	4-70 = 0
	3-60 = 0

¹Escuela de Teatro Barrio de San Juan, con apoyo de subvención para producción de teatro ofrecida por el Ministerio de Cultura. Adaptado de la obra de H.R. García y de la obra de H.R. García y de la obra de H.R. García.

SEM DOR	LEVE	Mediana	Interval	Pior Resultado
0	1	2	3	4

$\frac{1}{2} \left(\frac{1}{2} \right)^n = \frac{1}{2^{n+1}}$

SECRET

Hospital Memorial
São Francisco

Hospital Memorial de Natal
AV. JOVENAL LAMARTINE, 979 - TIROLO - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3132-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/01/2019 10:37

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **50781**

Núm. RG: **001964389** CPF: **090.879.35-13** Nascimento: **06/01/1994** 25 anos Sexo: **Feminino** Est.Civil: **Solteiro(a)**

Endereço: **DA SOLIDARIEDADE**

Nº: **59**

Bairro: **MAE LUIZA**

Cidade: **NATAL**

UF: **RN**

CEP: **58014000**

Fone: **8488502729**

Profissão: **PINTOR (RETOQUES)**

Mãe: **MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA**

Dados do Internamento

Núm. Internamento: **3**

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

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Matricula/CNS: **703407235026710**

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

ENFERMARIA 301B

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

Termo de Responsabilidade

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

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

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

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

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

Assinatura: ☒ Paciente ☐ Responsável

Observações

PACIENTE COM 2 RX - MÉDICO CIENTE

RECIBO DE ENTREGA
AV. JOVENAL LAMARTINE, 979
TEL: 32 313 4200 NATAL/RN
Cidade e data entrega:
Em, 01/02/2019
Assinatura: *Barbosa*

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: 8480592729

Profissão: PINTOR (RETOQUES)

Mãe: 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/CNS: 703407235026710

Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUN

CRM: 6819

ENFERMARIA 301B

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnostico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

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: 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 10:30 Previsão saída: 14/01/2019 11:00 Atendimento: JAISIAK
Convênio: SUS MUNICIPAL. Matrícula/CNS: 703407235026710
Médico: Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA CRM: 6619 **ENFERMARIA 301B**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:
Parentesco:

**TERMO DE CIÊNCIA 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: S8558 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE 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 Ciência e Consentimento e Responsabilização:
Preenchido pelo responsável do paciente

Assinatura: [] Paciente [] Responsável []

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA - C

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)** Mãe: **MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **3** Entrada: **12/01/2019 10:38** Previsão saída: **14/01/2019 11:00** Atendente: **JAISSIAK**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matrícula/CNS: **703407235026710**
Médico: **DR. THIAGO JOSE GURGEL CANARA ARAUJO** CRM: **6619**

ENFERMARIA 301B

Dados do Responsável

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

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

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

- 1- Se o equipamento for danificado ou inutilizado por emprego inadequado, mau uso, negligência ou extravio, o Hospital Memorial cobrará um equipamento da mesma marca ou o ressarcimento do valor equivalente.
- 2- Em caso de dano, inutilização ou extravio do equipamento deve-se 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, Painele para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painele de gases, Frigobar, Cortinas, Campainha. E os itens inclusos no banheiro do apartamento: Armário de duas portas, Lavatório, Torneira do lavatório, Dispensadores de sabonete, de papel toalha, de papel higiênico, Lixeira, Espelho, Vaso sanitário, Assento de vaso sanitário, Acionador de descarga, ducha higiênica, Chuveiro, ducha de banho, Registro, Suporte de toalha, Barras de apoio, Assento para banho, Balde de roupa e Campainha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

TIROL - NATAL / RN

CNPJ nº 06.940.210/0001-01

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em _____ nas seguintes condições:

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

Assinatura do responsável

Código Solicitação: 271264504

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:
HOSPITAL MONSENHOR WILFREDO GURGEL
Unidade Executante:
HOSPITAL MEMORIAL
Logradouro, Endereço, Nº, 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

CNES:
2653923
CNES:
2408257
Município Executante:
NATAL

Operador: 03713738408RENIELI
Operador: 03432553404ANA
Operador: ROSANAFREIRE

DADOS DO PACIENTE

CNS:
703407239026710
Nome do Paciente:
JANIELSON SILVA DA CUNHA
Nome da Mãe:
MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
06/01/1994 (23 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
426
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(21) 2105-0000 (Exibir Lista On-line)

Nome Social/Apelido:

Residência:

NATAL - RN

Etapas:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

JOAO XXIII

Bairro:

MÃE LUÍZA

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

CEP:

59014-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

CPF do Médico Executante:

06754777435

Diagnóstico Inicial - CID:

S723 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Caráter:

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Nome do Médico Solicitante:

CLAUDIO JOSE POLY GUZZO

Nome do Médico Executante:

YASSO ALACON PEREIRA DE ARAUJO DANTAS

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco:

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050519

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

FRATURA FECHADA DO FÊMUR DIÁFISE /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

PARECER

Motivo de Impedimento do Regulador:

Assinatura e Carimbo do Médico: (Examinador)

CRM:

Data de Solicitação:

12.01.2019 - 10:16:23

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

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
TIROL - RN
CEP: 59014-000

BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg	5	0	3	1	NOME	Júlio César Silva de Azevedo					
Cirurgia Realizada:					TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR + RETIRADA DE TRAÇÃO + DESBRIDAMENTO + ENXERTO ÓSSEO						
DATA:		10/03/19		INICIO:	16h	HS:	MIN:	TERMINO:	19h	HS:	MIN:
EQUIPE		NOME				CIC/ME		CRM		CIRURGIA	
Cirurgião		Dr. THIAGO ARARUNA				6819				Pequena	
1 Auxiliar										Média	
2 Auxiliar										Grande	
Anestesiologista		Thiago Carvalho				Dr. Thiago A. Carvalho				Múltipla	
Instrumentador						Médico Anestesiologista					
Atp:											

1. Paciente em DDH sob raqui anestesia 2. Retirada de tração de perna Dir + desbridamento de ferimento desvitalizado em perna dir. 3. Assepsia + antissepsia 4. Incisão e face lateral na coxa + Divulsão romba por planos 5.

DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.
Tatamento cirurgico da fratura com síntese e colocação de 01 haste									
Instrumentada de fêmur bloqueada e enxerto ósseo				Sutura por planos				Curativo	

[illegible]

CIRURGIÃO: DR THIAGO ARARUNA CRM 6819

CIRCULAR

Código Solicitação: 271264504

Número AIH: 241910003558-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MOYSENHOR WALFREDO GURGEL

Unidade Executante:

HOSPITAL MEMORIAL

Logradouro, Endereço, Nº, 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

1.2 ALTA MELHORADO

CNES:

2653923

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

03713/38408RENIELI

Operador

03432553404ANA

Operador

ROSANAFREIRE

Operador

33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

703407/35020710

Nome do Paciente

ANTERSON 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):

(71) 3195-0000 (Exibir Lista de Números)

Nome Social/Apelido:**Naturalidade:**

NATAL - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:**Logradouro:**

JOÃO XXIII

Bairro:

MÃE LUÍZA

Município de Residência:

NATAL

Complemento:**CEP:**

59014-000

UF:

RN

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

0675177435

Diagnóstico Inicial - CID:

S72.1 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Caráter

11 - Urgência

Clinica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

TRANSFERÊNCIA ENTRE CLÍNICAS**Clinica**

ESPEC - CLINICO - CLINICA GERAL

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

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

FRATURA FECHADA DO FEMUR DIÁFISE, RD>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

PARERER**Motivo de Impedimento do Regulador:****Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)****Nome do Médico Solicitante:**

CLAUDIO JOSE POLEY GUZZO

Nome do Médico Executante:

TASSO ALACON PEREIRA DE ARAUJO DANTAS

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade B - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clinica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050519

Dt. Transferência:

12.01.2019

21.01.2019

HOSPITAL MEMORIAL

Operador

Av. Juvenal Lamartine - 979 -

33391521449FRANCISCA

Tiro. 03432553404ANA

Cirurgião de Mão

Rm. 1.1.1.1

SUSLaudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar
Nº 1087 / 2019 NIR

451

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

CNES: 2653923

Executante: O solicitante ou: _____

CNES: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTENome: **109143 JANTERISON 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 CIRURGIARESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX:**Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:**

SUA FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR*408050519. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Profissional Solicitante / Assistente:

CLAUDIO JOSE POLEY GUZZO

Claudio José Poley Guzzo
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 3047

CRM: 3047 / RN

Data da Solicitação: 12/01/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)☐ Acidente de Trabalho☐ Acidente de Trabalho Típico☐ Acidente de Trabalho Trajetu

CNPJ da Seguradora: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____

CNPJ da Empresa: _____

CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

Vínculo com previdência: ☐ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado**AUTORIZAÇÃO**

Nº Autorização da AIZ:

Profissional Autorizador: _____

Orgão Emissor: _____

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº _____

Data da Autorização: ____/____/____ Assinatura/Carimbo: _____

RELATÓRIO ANESTESIA

I.S.D.A.

Paciente com Fratura do Fêmur Direito

PRÉ-ANESTÉSICO:

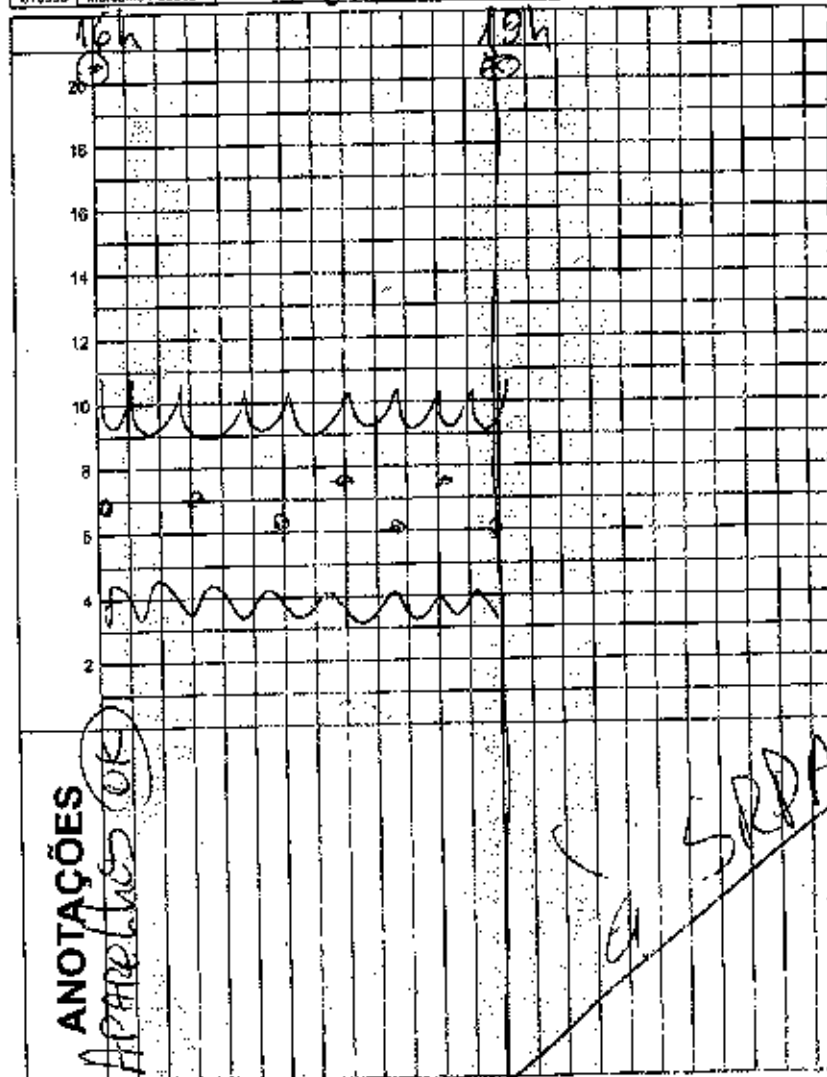
DROGAS:

TÉCNICA ANESTÉSICA:

RAQUÍ SIMPLES + SEDACAL EV

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenelins	AMP		006518	Narcan	AMP		000150	Adrenelins	AMP	
002358	Água Bicalde	AMP		007627	Pisal 10mg	AMP		002358	Água Bicalde	AMP	
006942	Atropina 25	AMP		007858	Prostigmin	AMP		006942	Atropina 25	AMP	
002050	Clorato de Potássio	AMP		005992	Ketalar	AMP		002050	Clorato de Potássio	AMP	
001460	Clorato de Sódio	AMP		003363	Quelicin 100mg	AMP		001460	Clorato de Sódio	AMP	
016920	Damod 15mg	AMP		006040	Quelicin 500mg	AMP		016920	Damod 15mg	AMP	
002115	Diprivan	AMP		003543	Rapilum	AMP		002115	Diprivan	AMP	
002953	Colantina	AMP		000974	Sedacal	ML		002953	Colantina	AMP	
003060	Damod 15mg	AMP		006448	Sol. Ringer Simples	FRS		003060	Damod 15mg	AMP	
017075	Damod 5mg	AMP		028125	Sol. Fisiológico	FRS		017075	Damod 5mg	AMP	
003071	Etoril	AMP		005740	Sol. Glicosado	FRS		003071	Etoril	AMP	
003511	Fentanyl 2mg	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS		003511	Fentanyl 2mg	AMP	
003780	Fosce	ML		001002	Thiopental	CRS		003780	Fosce	ML	
017038	Habland	ML		003013	Tiactum	AMP		017038	Habland	ML	
004695	Hydrocortisone	AMP		009727	Vafum	AMP		004695	Hydrocortisone	AMP	
004497	Izzal	AMP		001475	Xilacina 1%	AMP		004497	Izzal	AMP	
010589	Lactat	AMP		006945	Xilacina 2% s/a	AMP		010589	Lactat	AMP	
005887	Micocina 0,5 g/a	AMP		010023	Xilacina 2% s/a	AMP		005887	Micocina 0,5 g/a	AMP	
005894	Micocina 0,5 g/a	AMP		010033	Xilacina Pasada	AMP		005894	Micocina 0,5 g/a	AMP	
010595	Micocina Pasada	AMP						010595	Micocina Pasada	AMP	



Interocorrências

DESCRÇÃO	Sim
Oxímetro	Sim
Cardioscópio	Sim
Capnógrafo	
DESCRÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	2 Litros
Protóxido Líquido	1 Litro

DESCRÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	Sim
Cardioscópio	Sim
Capnógrafo	
DESCRÇÃO	QUANTIDADE
Oxigênio Líquido	2 Litros
Protóxido Líquido	1 Litro

ANOTAÇÕES

Apresenta OK

SRPA

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

INÍCIO ANESTESIA:

INÍCIO CIRURGIA:

DATA:

16/01/2019

FINAL ANESTESIA:

FINAL CIRURGIA:

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 Procedimento | <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"/> | <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 ANTERÓGRADA DE FÊMUR
2 PARAFUSOS DE BLOQUEIOS
1 TAMPÃO

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartini, 379
Telf: 3332-2299 Fax: 3332-2299
Cidade: Natal - RN

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Thiago José G. C. Araújo
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 6619 - R.O.T 14815

CRM

6619

DATA

16/01/2019 18:50:09

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA

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

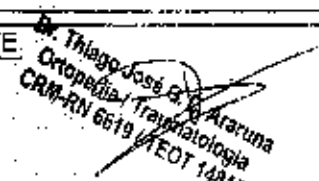
LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

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

HOSPITAL			
10.867.687/0001-10 Hospital Memorial de Natal			
PACIENTE			
50781-3 - JANIERISON SILVA DA CUNHA			
PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM
		THIAGO JOSE GURGEL CAMAR	6619
			CPF
			049.768.334-29

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR DIREITO COMINUIDA 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
 Dr. Thiago José G. de Araruna Ortopedia / Traumatologia CRM-RN 6619 / TEOT 14812	6619	16/01/2019 18:48:09

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR	CRM	DATA

PROTOKOLO 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 ATO 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 FEMUR EM MID
ACOMPANHADO DO MAQUEIRO, CONSCIENTE, ORIENTADO (A) RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, FOI PUNÇIONADO(A) EM
SALA VIABILIZANDO SF02% E SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente:

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

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

Alérgias (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: O2 AMBIENTE

Acesso venoso: SIM Diurese: NÃO Acidótico: NÃO Pálido: NÃO Sudorese: NÃO Tremores: NÃO

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle:

Medicação administradas:

Encaminhamento:

CLIENTE DE POL. CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP VIABILIZANDO
SF02%, COM CURATIVO LIMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, COM RX DE
CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEGUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO
MAQUEIRO E T.C. DE ENFERMAGEM.

VERIFICADO SSVV: PA=120X80 MMHG, FC=72 BPM, T=36,5°C, SPO2=96%

Assinatura Responsável

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Data: 21/01/2019 14:20

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 CARVALHO

Tipo: HASTE BLOQUEADA DE FEMUR DIREITO Cirurgião: DR. THIAGO ARARUNA

Instrumentador: FELIPE Circulante: NAYARA

Tipo curativo: OCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NAO

Inf. sanguínea: NÃO Monitoração correta: SIM Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM Qº 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 EDEMACIADO, NA HVP EM MSD VIAB SF 0.9%, MID NA FERULA ESQUELETICA. PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM Qº AMBIENTE SEM QUEIXAS DE DOR NO MOMENTO, FERIDA OPERATORIA LIMPA E OCLUIDA. SEM MAS ALTERACOES SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE PLANTAO.

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECÇÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

NAYARA SOARES DE OLIVEIRA
Técnico(a) COREN - 706919

HOSPITAL MEMORIAL
AV. Juvencal Lamartine, 979
TIROL - 54.030-200 Natal / RN
Contate para agendamento
0800 11 11 11

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA Idade: 25 anos
 Convênio: SUS MUNICIPAL Rég: 50781 Prontuário:
 Unidade: UNIDADE III
 Leito: ENFERMARIA 301B
 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. DIETA LIVRE LIXANTE, Uma vez ao dia	DC	(SND)		
2. PARACETOL 500mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR REFRACTÁRIA A DIFERON	DC	(SN)		
3. DIMENIDRINATO H6 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	DC	(SN)		
4. RIVAROXABANA 10mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	DC	(20)		
5. DIFERON 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE	DC	(SN)		
6. OMEPRAZOL 20mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.	DC	06:00		
7. SINAIS VITAIS (TSSV, CCGG), 06 em 06 horas	DC	18:00 22:00	09:00,	06:00,
8. CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA	DC	(INTERÇÃO)		

Dr. WENDEL FERREIRA COSTA
 CRM - 6476

HOSPITAL MEMORIAL
 Rua General Lacerda, 979
 11040-000 São José / RN.
 Fone: (55) 3333-1111



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 10:38 1 dia(s) de internação
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

13/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.6506	Horários de Aplicação	6519
1) DIETA LIVRE LAXANTE, Uma vez ao dia	D1 (SND)		
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR REFRATÁRIA A DÍPIRONA	D1 (SK)		
3) DÍMENIDRINATO 36 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	D1 (SN)		
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	D1		
5) DÍPIRONA 500mg/ml 40gotas ELT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 676 HORAS, SE DOR OU FEBRE	D1 (SN)		
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.	D1 06:00		
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas	D1 00:00 15:00 06:00, 12:00		
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA	D1 (ATENÇÃO)		

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6815

HOSPITAL MEMORIAL
Dr. Thiago José Gurgel Camara Araruna, 0791
R. ... 100 - 100 - 100 - 100
100 - 100 - 100 - 100



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERSON SILVA DA CUNHA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 15:36
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

Idade: 25 anos
Prontuário:

2 dias 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 DIFIRONA		D2 (SN)	
3) DIMENIDRINATO B6 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		D2 (SN)	
4) RIVAROXABANA 15mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.		D2 (SN)	
5) DIFIRONA 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 4/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE		D2 (SN)	
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.		D2 (SN)	
7) SINAIS VITAIS : SSVV + CCGG 1, 06 em 06 horas		D2 (SN)	
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo. DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA		D2 (AMPERÇÃO)	

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. ... 9703
... / RM
...



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

Idade: 26 anos
Prontuário:

3 dia(s) de internação

15/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.7976	Horários de Aplicação			8619
1) DIETA LIVRE LAXANTE, Uma vez ao dia		D3	(SND)		
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR REFRATÁRIA A DIFIRONA		D3	(SND)		
3) DIMENIDRINATO 96 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS		D3	(SND)		
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.		D3	10:00	Lun 16/01	
5) DIFIRONA 500mg/ml. 40gotas FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 6/8 HORAS, SE DOR OU FEBRE		D3	(SND)		
6) OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.		D3	08:00		
7) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas		D3	00:00; 18:00	06:00.	12:00.
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA		D3	(ATENÇÃO)		

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 8619

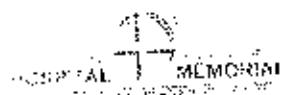
HOSPITAL MEMORIAL
Av. ... 279
Fone: ...
Cidade ...

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**
 Prontuário:

4 dia(s) de internação



16/01/2019 18:47

Horários de Aplicação

6619

(SNC)

22:00

00:00

06:00

12:00

18:00

00:00

06:00

12:00

18:00

00:00

06:00

12:00

18:00

00:00

06:00

12:00

18:00

00:00

06:00

12:00

18:00

00:00

06:00

12:00

18:00

00:00

ROXOL GLICERICO 1% 500ML
 Use: 1 enxada, via endovenosa, 24 em 24 horas.

ROXOL GLICERICO 0,9% 500ML
 Use: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.

DIURIN 100mg/mL ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.

DIURIN EM 4 ML DE ASD
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.

CEFTADOLINA SODICA 1g frasco ampola
 Use: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

PARACETOL 100mg (50mg/mL) ampola
 Use: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
 CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
 Av. Dr. Manoel de Oliveira, 970
 Tiro de Guerra N.º 111 / RH
 Caixa Postal 10000
 Em: _____



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Convênio: SUS MUNIC/PAL
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

Idade: 25 anos
Prontuário:

5 dia(s) de Internação

17/01/2019 19:00		Solic. (Estoque): 119.6784	Horários de Aplicação	3519
1	DIETA LIVRE		D1 (SND)	
2	SORO GLICOSADO 5% 500ML Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.		D1 22:00	
3	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.		D1 00:00	
4	PARACETOL 500mg/ml ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. DILUIR EM 8 ML DE ASD		D1 00:00 18:00	
5	CEFASOLINA SODICA 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABI 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	
7	NEFEDIPINA 10mg/ml ampola 2ml Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. S/N		D1 (SN)	
8	CAPTOPRIL 25mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 06 em 08 horas. SE PAS > 160 OU PAD > 100 MMHG		D1 06:00	
9	CETIRAZOL 10mg frasco ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. SEJOM.		D1 06:00	
10	RIVAROXABANA 15MG comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. DEPOIS CIRURGIA.		D1	
11	COMPRESSA DE GELO Uso: 1, aplicado, 06 em 06 horas. NA COXA DIREITA, OPERADA		D1	
12	SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA), 06 em 06 horas S/N		D1 (SND)	
13	URGENTE, 24 em 24 horas DIA SEGUINTE		D1 08:00	
14	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG), 06 em 06 horas		D1 (ATENÇÃO)	

HOSPITAL MEMORIAL
AV. Augusto Leal, 173
Fone: 32.426.420
Cidade: São Francisco



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 10:36
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

Idade: 25 anos
Reg.: 50781
Prontuário:

5 dia(s) de internação

17/01/2019 19:00

Solic. (Estoque): 119.8754

Horários de Aplicação

6619

16. CONCENTRADO DE HEMÁCEAS

50

2, No momento

2 BOLSAS - IV - AGORA

Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619



0124190112119

JAS MEMORANTE

1º 14:20



0124190112139

JAS MEMORANTE

2º 14:20

17/01/2019 17:25 (4381/ASSIST.6.0) / (DWO:69)
Assinatura:

[illegible]

Redente: **JANIERSON 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 dias de Internação

Diag.: **S723 - Fratura da diáfise do fêmur**

Horários de Aplicação		6619
SORO GLICOSADO 0,5 500ML	(SND)	
Dose: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.	22:00	
PROPRANOLOL 1mg/mL 2mL ampola	22:00	
Dose: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.		
Observação: Solução de pH 8,93 ou SG 58.		
INSULINA 100 UI/mL 1mL ampola	22:00	20 02 08
Dose: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
Observação: Solução fisiológica 0,9%		
SORO Glicosado 0,5 500ML	00:00	12:00
Dose: 1 unidade, via endovenosa, 12 em 12 horas.		
INSULINA 100UI/mL ampola	00:00	06:00
Dose: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	16:00	12:00
Observação: Solução fisiológica 0,9% DE ABD		
CLORALIDRATO 500MG 1g frasco ampola	00:00	08:00
Dose: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		16:00
Observação:		
HEXACINAPRONIDA 50mg/mL ampola 2mL	(SN)	
Dose: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		
Observação:		
VALPROATO 500mg comprimido	(SN)	
Dose: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.		
Observação: Dose única, 100 MMHS		
PERFECTOL 100mg frasco ampola	:06:00	
Dose: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.		
Observação:		
VALPROATO 500mg comprimido	:06:00	
Dose: 1 comprimido, via oral, Dose única.		
Observação: Dose única, 100 MMHS		
CHLORPROMAZINE 10mg/mL 10mL ampola		
Dose: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
Observação: Solução fisiológica 0,9%		
INSULINA 100UI/mL 1mL ampola	(SN)	
Dose: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
Observação:		
INSULINA 100UI/mL 1mL ampola	:08:00	
Dose: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.		
Observação:		

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

Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

18/01/2019 10:49

Horários de Aplicação

6619

PIXAIS VITAIS : SSVV + CCGG), 06 em 06 horas

(ATENÇÃO)



Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6819

HOSPITAL MEMORIAL
R. ... 379
Cidade ...
Em, ...



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 10:35

6 dia(s) de Internação

Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

18/01/2019 19:00

Solic. (Estoques): 119.9326

Horários de Aplicação

35

01	DIETET. LÍQUIDA	02	15:00			
	SORO GLICOSEADO 5% 500ML	02	22:00			
	Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.					
	DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5mL ampola	00	12:00			
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.					
	Diluir em 100mL de SF 0,9% ou SG 5%					
02	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola	00	20:00	02:00	04:00	
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.					
	Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%					
03	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL	02	09:00	13:00		
	Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.					
04	DOPAMINA 300mg/mL ampola	02	09:00	13:00	05:00	
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.					
	DILUIR EM 5 ML DE ASD					
	CLENZOLINA SÓDICA 1g frasco ampola	02	09:00	05:00		
	Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 09 em 09 horas.					
	AROL 10mL					
05	NETOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL	02	(SN)			
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.					
	S/N					
06	LAETOPRIL 150mg comprimido	02	(SN)			
	Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.					
	SE PAS > 160 OU PAD > 100 MMHG					
07	OMEPRAZOL 40mg frasco ampola	02	09:00			
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.					
	ALIVIA					
08	RIVAROXABANA 15MG comprimido	02	09:00			
	Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.					
	6H APÓS CIRURGIA.					
09	COMPRESSA DE GEL	01				
	Uso: 1, torico, 06 em 06 horas.					
	NA TORX DIREITA, OPERADA					
10	SONDA VESICAL DE ATRILIO (SVA), 06 em 06 horas	02	(SN)			
	S/N					
11	CURATIVO, 24 em 24 horas	02	08:00			
	OTA SEPTIMA					

Em, 18/01/2019, às 19:00h
Ass.: [Assinatura] [Assinatura]
Tm.: [Assinatura] [Assinatura]
Carimbo: [Assinatura]
Em, 18/01/2019



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

Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur]

18/01/2019 19:00

Solic. (Estoque): 119,8326

Horários de Aplicação

6611

15) SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG) 06 em 06 horas

22 (ATENÇÃO)

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
AV. ... 0791
Vila ...
Cidade ...
Est. ...



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

7 dia(s) de internação

Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

19/01/2019 19:00

Horários de Aplicação

1	DIPIRONA 500mg	03	(SN)	
2	SORO Glicosado 5% 500mL Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.	03	22:00	
3	DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. Diluir em 100mL de SF 0,9 ou SG 3.	01	14:00	
4	TRAMADOL 100mg 50mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9.	01	20:00 14:00	08:00
5	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.	03	00:00	12:00
6	DIPIRONA 500mg/mL ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas. Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9.	03	00:00 18:00	06:00 12:00
7	NEFASOLINA 100mg 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABX 10M.	03	00:00	08:00 14:00
8	METOCLOPRAMIDA 5mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABX	03	(SN)	
9	PARACETOL 500mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. SF CAS < 160 OU CAS < 100 MMHG	03	(SN)	
10	OMEPRAZOL 40mg frasco ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. ABX.	03	10:00	
11	RIVAROXABAN 15mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. CENAPÓS CIRURGIA.	03	10:00	
12	COMPRESSA DE GELO Uso: 1, tópico, 06 em 06 horas. NA JOIA DIREITA, OPERADA	02		
13	SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA) 06 em 06 horas S.N	03	(SN)	
14	DISSOLUTIVO 24 em 24 horas VIA SEGUINTE	03	10:00	

20/1/19

Alta Hospitalar.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. General Laguna, 379
Tel. 21.052-052 Nelsi RN
Controle de acesso
Em, 1/1



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 7 dia(s) de internação
Diag.: S723 - Fratura da diáfise de fêmur]

19/01/2019 19:00

Horários de Aplicação

56

THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA

CRM - 6619

Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619
Título de Especialista em Medicina
Data de emissão: 12/01/2019
Data de validade: 12/01/2024
Assinatura: [assinatura]

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: Diurno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE FÊMUR + TRAÇÃO

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

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

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 110x80 Frequência Cardíaca: 91

CONFORTAVEL

Acesso Venoso

Dieta

Dissolução

VO

ACEITANDO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: SVD

Obs.:

Intestinais: PRESENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

SEM PRESCRIÇÃO

Intercorrência:

ÀS 13:00 RECEBO PACIENTE PROVENIENTE DO WALFREDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, EM PRÉ DE FÊMUR DIREITO + TRAÇÃO, NEGA HAS+DM+ALERGIAS, ANEXO AO PRONTUÁRIO RIO X DE PRÉ E DOCUMENTO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE, AGUARDANDO VISITA MÉDICA.

HOSPITAL MEMORIAL

Av. Juvenal Lamartine, 979

Un. de At. em Saúde / RN

Contato com original

Em: ____/____/____

COREN: 1266381 - JAINA DANIELE PAIVA DE BESSA

12/01/2019 13:00:18

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781

Idade: 3

Nascimento: 08/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:36:02

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Noturno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE FEMUR + TRAÇÃO

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Isolamento de contato: Não

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Temperatura: 36 °C

Saturação O2: 95%

Respiração: 20 RPM

CONFORTAVEL

Pressão Arterial: 110x80

Frequência Cardíaca: 61

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Acesso Venoso

Díeta

VQ

ACEITANDO

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRITO

Intercomência:

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

Hospital Memorial
R. Juvenal Lamartine, 678
TIGRE - NATAL/RN
Fone: (84) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1228
memorial@vetoxmell.com.br

COREN: 51341 - ANA LÍDIA BARACHO
12/01/2019 22:49:56

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 COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PRÉ OPERATÓRIO DE FRATURA DO FÊMUR (D)

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorada

Alergias Medicamentosas: OEOCONHECE

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Sinais Vitais

Temperatura: 36,1°C

Saturação O2: 98%

Respiração: 19 RPM

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 120x80

Frequência Cardíaca: 97

Acesso Venoso

Distal

Central

VO

ACEITA BEM

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

LIMPO E OCLUIDO.

Medicações:

AUM. CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

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

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tir. de Natal - RN
Cidade de Natal
RN, 55011-000

GOREN: 1080571 - ITAMAR SOARES DA SILVA

13/01/2019 09:22:30

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: Tarde

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: TIT CIRÚRGICO PRÉ DE FRATURA DE FÊMUR COM TRACÕES Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocolorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 37 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 19 RPM

Pressão Arterial: 110x80

Frequência Cardíaca: 68

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

CONFORTAVEL

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Ots:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipó:

Local:

Aspecto:

Obs:

Acesso Venoso

Dieta

VO

MEDICAÇÃO VO

ACEITA

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE SEGUE AOS CUIDADOS EM REPOUSO NO LEITO.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiroco - Natal/RN
Cofre com original
Em: 12/01/2019

Rpoe do srta JACAR

COREN: 437772 - REJANE DA SILVA GOMES
13/01/2019 15:16:44

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 10:36:02

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Tarde

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PRÉ DE FRATURA DE FEMUR

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: 36,8 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial:

120x70

Frequência Cardíaca: 88

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

FHV

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

PACIENTE JOVEM, 25 ANOS, EM PRÉ OPERATORIO DE FRATURA DE FEMUR + TRACÃO ESQUELETICA, VERIFICADO 3SVV SEM ANORMALIDADES, SEGUE NO LEITOS SEM QUEIXAS AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

COREN: 1320233 - ANA JULIA DE JESUS AVELINO

14/01/2019 15:51:37

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: **Noturno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

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

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **36,7 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **18 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

120x80

Frequência Cardíaca: **59**

Acesso Venoso

Dieta

Central

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

ADM. MEDICAÇÃO DE HORARIO PRESCRITA.

Intercorrência:

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

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvénal Lamartine, 979
Tirolo - Natal/RN
CNPJ nº 06.908.000/0001-00
14/01/2019

Elizabeth
M. Elizabeth 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: 50744

III: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 10:26:02

Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Diurno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: FRIE DE FRATURA FEMUR+TRACAO TRANSESQUELETICA.

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocoracao

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 36,2 °C

Saturação O2: %

Respiração 20 RPM

Oxigenioterapia:

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

120/80

Frequência Cardíaca: 69

Acesso Venoso

Dieta

Central

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Curativo:

Medicações:

REALIZADO MEDICAÇÕES DE HORARIO

Intercorrência:

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

Dr. Alexandre Cesar Ribeiro Ferreira
Tir: 01.424.444 (RN) / RN
Código para acesso
Em: 12/01/2019

COREN: 166056 - ALEXANDRE CESAR RIBEIRO FERREIRA
15/01/2019 11:03:25

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROCO - NATAL - RN
Fone: (34) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1226
hmemorial@voicemail.com.br

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: **Noturno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Hipótese Diagnóstica: **PRE DE FEMUR DIREITO.**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocrado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

-Oxigenioterapia

Temperatura: **35,6 °C**

Saturação O2:

Respiração: **20 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

120x80

Frequência Cardíaca: **69**

Acesso Venoso

Dieta

Central

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

NAO TEM CURATIVO.

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÕES PRESCRITA.

Intercorrência:

**PACIENTE NO PRE OPERATORIO POR FRATURA DE FEMUR DIREITO. COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHÃ A PARTIR DAS 24:00H
DIETA ZERO.MANTEM TRACAO ESQUELETICASEQUE NOS CUIDADOS.**

Katia Vasconcelos

COREN: 240476 - KATIA MARIA VASCONCELOS TORRES DO NASCIM

15/01/2019 21:09:19

UNIDADE ENFERMAGEM

Dados do Paciente

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781

Nº Internação: 3

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

Leito: ENFERMARIA 301B

OBSERVAÇÕES GERAIS

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

Ana Kariny

16/01/2019
COREN - 478670

ANA KARINY COSTA PINHEIRO

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

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROCO - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1272
hmemorial@vefoxmail.com.br

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: **Noturno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Hipótese Diagnóstica: **POI DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normalizada**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **Desconhece**

Sinais Vitais

Temperatura: **36.0 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **123x80**

Frequência Cardíaca: **89**

Acesso Venoso

Dieta

Central

VO

HGT

Correção:

Correção:

Correção

Correção:

Correção

Correção:

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **Aguardando**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.

Contativo

FO Gelusivo

Medicações

De horário cpm

Intercorrência:

EVOL ENF ADM CCIRU:

PACTE JOVEN, EM POI DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO, APRESENTA SUTURA NO LÁBIO SUPERIOR E EDEMACIADO, MANTÉM NA AUP EM MSD POR GRAVIDADE VIAB SE 0,9% - REALIZAÇÃO DE MEDICAÇÕES CPM. COMUNICAÇÃO SETOR DA NUTRIÇÃO, JÁ POSSUI RX DE CONTROLE, SEGUE AOS CUIDADOS O EQUIPE DE ENFERMAGEM.

At: **Dr. Leticia, 979**
Tel: **3133-4200**
Coordenadora de Enfermagem
Em: **12/01/2019**

Olavo Falcão de Almeida
COORDENADOR DE ENFERMAGEM

COREN: 159311 - OLAVO FALCÃO DE ALMEIDA
16/01/2019 20:22:24

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENIL AMARAL, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fon: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hospmem@mail.com.br

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**

Hipótese Diagnóstica: **POI DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocrado**

Alergias Medicamentosas: **Desconhece**

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: **36,6 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **88**

Acesso Venoso

Dieta

Central

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **Aguardando**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

HGT

Correção

Correção

Correção

Correção

Correção

Correção

Curativo

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Medicamentos:

ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CPM

Intercorrência:

PACIENTE JOVEM, EM POI DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO, APRESENTA SUTURA NO LÁBIO SUPERIOR E EDEMACIADO, MANTEM NA HVB EM MSD POR GRAVIDADE VIABILIZANDO SE 0,9%, REALIZADO BANHO NO LEITO+ HIGIENIZAÇÃO DO LEITO+ TROCA DE LENÇÓIS DE CAMA AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, SEGUE SEM QUEIXAS, AOS CUIDADOS D EQUIPE DE ENFERMAGEM, AGUARDANDO TRANSFUSÃO DE SANGUE

COREN: 1036252 - ALANA SAYONARA ALVES DA SILVA

17/01/2019 11:41:22

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL CAMARTINE, 975 - TERCEIRO SETOR - NATAL - RN
Fone: (84) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1228
hmemorial@vivo.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Nascimento: **06/01/1994** 25 anos Data-Intimação: **12/01/2019 10:38:02**

Registro: **50781**

IH: **3**

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Hipótese Diagnóstica: **POS DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO**

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normal/Corado**

Alergias Medicamentosas: **Não conhece**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Temperatura: **36,2°C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial:

110x70

Frequência Cardíaca: **82**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSD: **16/01**

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

Drênos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

USG:

Correção

Correção:

Correção

Correção:

Correção

Correção:

Curativo

Medicações:

ADM: MEDICAÇÕES DE MONITÓRIO QPM

Intercorrência:

PACIENTE REFERIU DOR, FOI MEDICADO CONE. PRESCRITO.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Camartine, 975
Terceiro Setor - Natal - RN
Fone: (84) 3133-4200
Fax: (84) 3102-1228
hmemorial@vivo.com.br

Larissa Regina

COREN: 619233 - LARISSA REGINA RODRIGUES FERREIRA DA SILVA
12/01/2019 23:44:30

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **50781**

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

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Turno: **Manhã**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

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

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocrado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **Desconhece**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C** Saturação O2: **99%** Respiração: **20 RPM**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **110x70** Frequência Cardíaca: **62**

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Periférico

VO

Diurese: **ESPONTÂNEA**

MSD

Obs:

HGT

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Curativo:

- REALIZADO PELA EQUIPE DE CURATIVO

Medicações:

- ADM. MEDICAÇÃO DE HORÁRIO CPN

- 11:20HRS INSTALADO 1º CONCENTRADO DE HEMACIAS DE N° 01241901131119 H.V. EM MSD (CPM) AFERIDO SSVV: PA:120X80 T: 36,7

Intercorrência:

PCT JOVEM, CONSCIENTE, 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, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE

Johanna Araujo

COREN: 13574488 - JOHANNA ARAUJO DA SILVEIRA

12/01/2019 12:07:52

Hospital Memorial do Natal

AV JUVENAL LAMARTINE, 978 - TIROLO - NATAL/RN

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

memoria@veloxmail.com.br

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 10:38:02**

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Turno: **Tarde**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Hipótese Diagnóstica: **POI DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Alergias Medicamentosas: **Desconhece**

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Temperatura: **36,0 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **120x70**

Frequência Cardíaca: **89**

Eupneico

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Peritônico

VO

Diurese: **ESPONTÂNEA**

HVP em MSD por gravidade

Boa aceitação

Obs.: **Presente**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

HGT

Correção

Correção

Correção

Correção

Correção

Correção

Drenos

Data

Tipo

Local

Aspecto

Obs

Cirativo

Medicações:

DE HORÁRIO CPM

Intercorrência

PACIENTE EM PÓS OP. DE FRATURA DE FÊMUR DIREITO, MANTÉM HVP EM MSD POR GRAVIDADE + MEDICAÇÕES DE HORÁRIO, ÀS 14HS INSTALADO A O2° BOLSA DE CONCENTRADO DE HEMACIAS, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Olavo F. de Almeida
COREN: 159311

COREN: 159311 - OLAVO FALCÃO DE ALMEIDA

18/01/2019 14:39:02



Hospital Memorial
São Francisco

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

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **50781**

HH: 3

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

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Turno: **Nocturno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Hipótese Diagnóstica: **PÓS DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorado**

Alergias Medicamentosas: **Desconhecida**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,8°C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **70**

Acesso Venoso

Díala

Periférico

VQ

MSD

BOA ACEITAÇÃO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **Presente**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

SEM INTERCORRÊNCIAS

PROF. EDILSON BASILIO DO NASCIMENTO
C.R.N. 431727 - 12/01/2019 21:01:27
Assinatura:

COREN: 431727 - EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO
18/01/2019 21:01:27

Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84) 3153-4200 / Fax: (84) 3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

HOSPITAL MEMORIAL

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: Diurno

Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: PÓS DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normalizado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: Desconheço

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: 36,8 °C

Saturação O2: 98%

Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 110x70

Frequência Cardíaca: 78

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: Presente

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: No momento

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSE

NGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo

REALIZADO PELA EQUIPE

Medicações

ADM CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

PCT JOVEM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EM O2 AMBIENTE, DIETA V.O, DIURESE PRESENTE, COM AVP EM MSD POR GRAVIDADE, AFERIDO SSVV SEM ANORMALIDADES, REALIZADO BANHO NO LEITO POR ACOMPANHANTE, PACIENTE FOI PULSIONADO JELCO DUAS VEZ A PRIMEIRA COM 20 NAO DEU CERTO. EM MSE POIS COM 22 Q FOI O Q FICOU, TRACADO EQUIPO E POLIFIXE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Assinatura do Profissional
Título de Especialista em RN
Carimbo com registro
Em 11/1

Alana

CGREN: 1096252 - ALANA SAYONARA ALVES DA SILVA

12/01/2019 10:51:38

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **50781**

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

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Turno: **Noturno** Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Hipótese Diagnóstica: **PÓS DE FRATURA DO FÊMUR 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 Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSD

BOA ACEITAÇÃO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **Presente**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Medicações:

FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

SEM INTERCORRENCIAS

12/01/2019 10:36:02
Téc. Enferm. 379
Carimbo e Assinatura Original
Em: 11

Elizabeth da Silva
Elizabeth da Silva

COREN: 435485 - MARIA ELIZABETH DA SILVA
12/01/2019 21:13:24

Dados do Paciente

Nº interação: 3

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Tipo de Ferida: FERIDA OPERATÓRIA.

Condições do Leite: **LIMPA E SECA SEM PRESENÇA DE SECREÇÃO.**

☐ Sem Exatidão

☐ Macerata

☐ Irregulares

OSLAVO FALCOMER DE ALMEIDA

NO OTHER INFORMATION
 FROM SOURCE, 10/1/68, PFO
 FROM SOURCE, 10/1/68, PFO
 CONFIDENTIAL
 FBI, 10/1/68



Hospital Memorial
São Francisco

LAUDO MÉDICO

Paciente varão com idade de
cerca de 40 anos submetido a tratamento
cirúrgico de grande fratura de
perna direita há 8 meses.
No RX de coxa direita fratura
com sinais de consolidação.
Sugiro afastamento de suas
atividades laborais por
no mínimo, 15 dias (contando a partir de)
hoje. Solicito avaliação de médico
Avaliador.

(15/09/2019) Dr. Thiago José G. D. Araújo
CRM 13399
13/09/19

Av. Juvenal Lamartine, 979 - Fone: (84) 3133-4200 - CEP: 59022-020 - Tirol - Natal/RN



V. 181 m

[illegible]

PROTOKOLO
RECEBIDO
25 JUN 2013
TERPADO SOL ADM.
BO. REGISTRADA DE SIGLAS

TRABALHADOR

Esta é a Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) instituída pelo Decreto 2.203 de 28.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5472 de 01.05.1965 que aprova a CTPS. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como, para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de informações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Para sua importância, e seu devido proteção e cuidado, pois além de conter o registro da sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, poderá para o futuro e em benefício de seus dependentes, sendo também, como documento de identificação.

CONTROLEADA COM RECURSOS DO FUNDOS DE APOIO AO TRABALHO.

VERIFIQUE O PREÇO EM: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

162.53251.70-9

8656732

0030

RN

Janerison Silva da Cunha



PROTOCOLO RECEBIDO

25 JUN 2013

TERMINADO SOL. ADM.
FUNDOS DE APOIO AO TRABALHO

QUALIFICAÇÃO CIVIL BRASILEIRO



JANERISON SILVA DA CUNHA

FILIAÇÃO: JOAO DA CUNHA

MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 05/01/1984

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: NATAL - RN

DOCUMENTO: R.G. 1364389 SSP RN 08/08/1986

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CNH: 088.879.354-13

SEÇÃO: 003

TIT. ELEITOR:

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SRT/ERN - 20/12/2011

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

RAÇÃO: _____
DATA DE NASC. DE: _____
DOCUMENTO: _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: _____
DOCUMENTO: _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: _____
DOCUMENTO: _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: _____
DOCUMENTO: _____
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA
A - CASAMENTO - C - DATA - G - CONTRIBUIÇÃO DE MEMÓRIA - U - MARIAGEM
R - SUPLENTE DE ADOÇÃO - F - FURTO VOLUNTÁRIO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNADOR DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

FRANCISCO AURELIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE ORG. UNICA DE ID. 002889633, 2222 RN

CPF 072.823.534-85 DATA NASCIMENTO 04/01/1989

FRANCISCO EDIVALDO DA SILVA

ELIZABETE JOANA DA SILVA

REGISTRO CIVIL MATRIMONIO 05389904581 25/02/2002 11/01/2012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1563503426

PROBANDO PLASTICA 1563503426

GOVERNADOR

Francisco Aurelio da Silva

LOCAL NATAL, RN DATA EMISSÃO 27/03/2018

Luiz Eduardo Machado Pereira Diretor Geral - Denat/RN 2810880003 28703041479

RIO GRANDE DO NORTE

PROTOCOLO RECEBIDO

25 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

PROTOCOLO RECEBIDO

24 JUN 2018

TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGS.

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 FÊMUR 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

UNILAR MOTOS (FILIAL BERNARDO VIEIRA) / I



AV. BERNARDO VIEIRA Nº 1139 - QUINTAS
NATAL-RN
CEP 59030-400
FONE (84)3653-2124

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletrônica
0-ENTRADA 1-1
Nº 000.002.568
SÉRIE 1
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
2413 1117 8791 4300 6131 5500 1000 0025 6817 5974 7954

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

NATUREZA OPERAÇÃO

VENDE DE VEICULOS NOVOS D/E

INSCRIÇÃO ESTADUAL

302304485

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

11.879.143/0001-31

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME RAZÃO SOCIAL

ELVIS MAICON DE LIMA SILVA

CNPJ/CPF

095.032.834-00

DATA DA EMISSÃO

22/11/2013

ENDEREÇO

PIA DA SOLIDARIEDADE 59

CIDADE/DISTRITO
MAB LUIZA

CEP

59000-000

DATA DA SAÍDA / ENTRADA

MUNICÍPIO

NATAL

FONE/FAX

(84)8869-3683

UF

RN

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DA SAÍDA / ENTRADA

FATURA/DUPLICATAS

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. APROX. TRIBUTOS (IPI+D)	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	1.901,24(47,65%)	3.990,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO DESPESAS	DESCUENTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.990,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME RAZÃO SOCIAL

TIPO DE FRETE
0-SEM FRETE

CÓDIGO ART

PLACA DO VEÍCULO/UF

CNPJ/CPF

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO/Serviço

CÓDIGO PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/Serviço	NCM/SH	CF	CFOP	UNID.	QTD.	VAL. UNIT.	VAL. TOTAL	DESC.	VAL. TOTAL	ALIC. ICMS	VAL. ICMS	VAL. IPI	ALIC. IPI	VAL. IPI
058401800	JONNY MEET 50CL Veículo NOVO - Marca: BASHAN Tipo: CICLOMOTOR - Modelo JONNY MEET 50CC Comb. GASOLINA - Ano Fab. 2012 - Ano. Ind. 2013 Chassi: LHXCDLAMEB101890 Motor: 139FMB14/01601 49cc 6 HP Cor: PRATA - Registro 400000 NF Origin: 6206 Especie: PASSAGEIROS Posterior: 2	87122020	200	5403	GR	1	3.990,00	3.990,00		3.990,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

PROTOCOLO RECEBIDO
25 JUN 2013
REGISTRO SOLAR M.
F. 1002082/2013

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 33217-01. VEÍCULO SUJEITO A LICENCIAMENTO JUNTO AO DETRAN/RN. USO OBRIGATORIO DE CNH E CAPACETE.
MDS:10861017641594e84ac203f0c306 PEDIDO: VN-06 PRE-VENDA: 174 VENDEDOR: MANOEL TOLUATO: BV FINANCEIRA CIA

DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA FOI VENDIDO COM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA AO BV FINANCEIRA CIA

RESERVA DO FISCO

11.879.143/0001-31

ADRIANO E CARLOS MOTOS LTDA

Av. Bernardo Vieira Nº 1139
Quintas - CEP 59030-400

Natal/RN

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 22/11/2013 11:09

Desenvolvido por SIG-SFG

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

160.82213-75-1

2287812

003-0

RN

Elvis Raimon de Lima Silva



GG

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



ELVIS RAIMON DE LIMA SILVA

RENASCIMENTO: 24/08/1959
SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: NATAL, RN
DOCUMENTO: 00000000000000000000
DATA DE EMISSÃO: 06 DE MAIO DE 1997
CPF: 000.000.000-00
TIT: 000000000000000000000000
LOCAL/ESTADO DE EMISSÃO: CENTRO - 11660000

Elvis Raimon de Lima Silva

PROPRIETÁRIO DO
VEICULO

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

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 FÊMUR 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: JANIERISON SILVA DA CUNHA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRO, Profissão: PORTEIRO, Data do Acidente _____
Cobertura INVALIDES, portador(a) do RG 1964389, órgão expedidor
ITPE e do CPF: 09687935413 residente no(a)
RUA DA SODARIEDADE nº 60,
bairro: MAE LUIZA, município: NATAL, RN

OUTORGADO:

Nome: TACIO EWERTON DA SILVA, brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRO Profissão: CORRETOR,
portador(a) do RG 002369633, órgão expedidor ITPE 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.



Natal, 25 / 06 / 2019

Local e Data

JANIERISON SILVA DA CUNHA

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

JPM CARTÓRIO JAIRO PROSPÉRIO DE MOURA
1º OFÍCIO DE NOTAS
R. Macedo, 332/340 - Centro - Cep 59020-000 - Natal/RN - Fone: 84 3222 0166/25634997/3223

Reconheço a firma de: JANIERISON SILVA DA CUNHA por
autenticidade do que dou fe
NATAL (RN), 25/06/2019 às 17:28

Alexandre Negrão F. de Moura
- Substituto:
Confira a autenticidade em:
<https://selosita1.tirn.jus.br>
RN20130093307006101801E
AA380552

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214074/19

Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA

CPF: 096.879.354-13

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: JANIERISON SILVA DA CUNHA

CPF de: Próprio

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

TACIO EWERTON DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 05/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JANIERISON SILVA DA CUNHA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: TACIO EWERTON DA SILVA
CPF: 072.543.534-83

TACIO EWERTON DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: THIARA VIRGINIA DA HORA
CPF: 103.995.364-69

THIARA VIRGINIA DA HORA