



Número: **0858591-24.2020.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **12/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JANIERISON SILVA DA CUNHA (AUTOR)		THAISE NELLIGANE DA SILVA FERREIRA (ADVOGADO) NADJA KELLY DOS SANTOS (ADVOGADO)	
Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64950369	01/02/2021 16:24	2781040_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros documentos



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

Rio de Janeiro, 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,

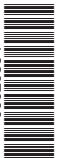
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14496776

Pag. 00707/00708 - carta_01 - INVALIDEZ

00020354





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

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190396499

Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Data do Acidente: 05/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JANIERISON SILVA DA CUNHA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000033**

Conta: **0000025957-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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





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

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019

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

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

Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JANIERISON SILVA DA CUNHA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01935/01936 - carta_09 - INVALIDEZ

00080968



Carta nº 14782089





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 096.879.359-13 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: 096.879.359-13
7 - Profissão: PISCO 8 - Endereço: Rua da Solidade Base 9 - Número: 59 10 - Complemento: 11 - Bairro: MAG 1017 12 - Cidade: NATAL 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59014-227 15 - E-mail: (84) 98883-1857

DADOS CADASTRAIS

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

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

Declara, 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0033 CONTA: 25957 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinarei 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 CIV) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (valescente)? ☐ 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 - Assinatura do representante legal (se houver)
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: 25 JUN 2017
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NATAL 25/06/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

02/2019



AUTO-ATENDIMENTO - AG. RIBEIRA/RN
DATA: 24/06/2019 HORA: 15:20:51
TERMINAL: 00331263 CONTROLE: 003312630116
=====

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

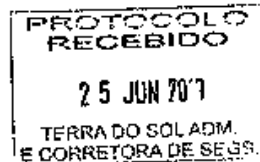
SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

RESUMO

SALDO
SALDO TOTAL
SALDO COM LIMITE

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

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





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA ESPECIALIZADA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS

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

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: J2019031000301

1.3 Tipo: LESÃO CORPORAL ACIDENTE RODOVIÁRIO - C/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: JANIERISON SILVA DA CUNHA

3.3 Nome Social:

3.5 Etnia: Parda

3.7 Sexo: MASCULINO

3.9 CPF: 08687935413

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: 08/01/1984

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 Seguradora: 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 50CC

7.1.10 Ano de Fabricação:

7.1.12 Tipo do veículo: CICLOMOTOR

7.1.14 Número do Motor:

7.1.16 Veículo 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 CONDUZINDO 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

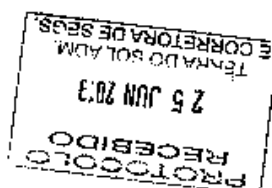
Interessado

Polegar direito

Atendimento: 1573748 - RAYMOND RAUSLY DA COSTA CABRAL

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

FIM 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
096.899.359-13 DANIELSON 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: DANIELSON SILVA DA COSTA 6 - CPF: 096.899.359-13
7 - Profissão: MECANICO 8 - Endereço: RUA DA SOLIDARIEDADE 9 - Número: 59 10 - Complemento:
11 - Bairro: MAG LUIZA 12 - Cidade: NITERÓI 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 59019-227
15 - E-mail: (89) 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\$1.501,00 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: CAIXA ECONOMICA
AGÊNCIA: 0033 CONTA: 25957 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 ☐ 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 (s) (nascerem)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não



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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF 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 - 1º Nome: CPF: 25 JUN 2017
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: NITERÓI 25/06/19
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



 PREFEITURA DO NATAL R. VENEZA LOPES, 100 50050-000 - NATAI, RN	PREFEITURA DO NATAL SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA SAMU 192 NATAL	 SAMU 192
---	--	--

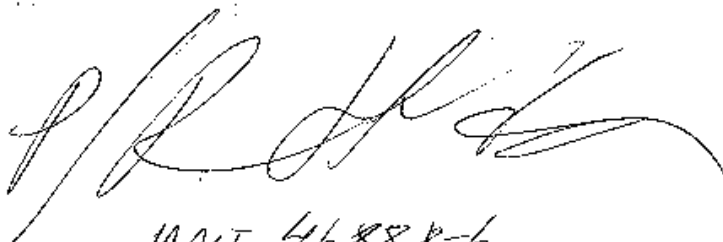
DECLARAÇÃO

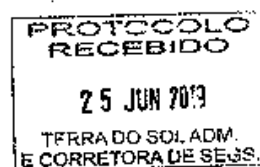
Declaramos para os devidos fins que **JANIERISON SILVA DA CUNHA**, foi atendido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 05/01/2019, aproximadamente às 22h41min, na Avenida Trairí com a Prudente de Moraes, Petrópolis, nesta Cidade, Sob nº de Ocorrência **238730/2**, onde foram feitos os procedimentos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


 NMT. 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 - MÉDICO

* REGULAÇÃO MÉDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL

Nome do Solicitante: VITOR

Telefone: (84) 99697-1343

Nome do Paciente:

DAO DA CUNHA

Idade: *

30

ANO(S)

Sexo: *

ASCULINO

Endereço não informado

Coordenadas Informadas

Latitude: -5.7850988 Longitude: -35.2002206

Endereço: TRAJAI 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, QUADRIL 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

22:41:41

Saída Local:

05/01/2019

00:09:50

Regulação Médica:

05/01/2019

22:53:17

Chegada Destino:

05/01/2019

00:09:51

Solicitação VTR:

05/01/2019

22:53:42

Liberação Destino:

06/01/2019

00:09:53

Saída VTR:

05/01/2019

22:56:52

Liberação VTR:

06/01/2019

00:09:54

Chegada Local:

05/01/2019

23:02:23



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680

Número do documento: 21020116243634800000062211680

Observação do Apoio:

CONVÊNIO MÉDICO PARTICULAR

Paciente possui convênio médico particular?*

Sim Não Não informado

CONDUTA

Remoção

Conduta Médico Regulador:

06/01/2019 00:33:28 - ADRIANO DE SOUSA COSTA
VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO, COM SINAIS DE EMBRIAGUES NA ABORDAGEM. NÃO PORTAVA CARACETE. 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.

REPOSIÇÃO / TRANSFERÊNCIA

Aguardando Vaga

Estabelecimento:

NATAL - HOSPITAL WALFREDO GURGEL

Vaga Negada - Motivo:

SELECIONE

H. ligação ao serv prop.:

00:34

Recebido por:

Numero do conselho:

Numero da ficha de Remoção:

Vaga Negada

Motivo da entrada:

Vaga Zero

Ass:

PERTENCES

Nome receptor:

Cargo receptor:

Descrição dos pertences:

Local deixado pertences:

Ass:

Data:



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 59015-000
CNPJ: 08.334.285/0001-45 / INSC. Estadual: 20059.426-3
Admin. Central (84) 3232-4438 / Ouvidoria: (84) 3232-4562

ESCRITÓRIO DE ATENDIMENTO

1.15
1.15
1.15

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA E ESGOTO - SERVIÇO
IMPRESSO EM 08/01/2019 ÀS 08:20:47

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA		MÊS / ANO		
MARTA DAS GRACAS DE LIMA CANDIDO		02/1800		09/2019		
RUA DA SOLIDARIEDADE, N. 59 - NAE LAIZA - NATAL - RN						
59014-273						
INSCRIÇÃO	ROTA	SEQ. ROTA	QUANTIDADE DE ECONOMIAS			
130.004.3		00	RESIDENCIAL	COMERCIAL	PÚBLICO	
HIDRÔMETRO SEM MEDIDOR	SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO		SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO			
CONSUMO ÁGUA (H3): 10						
DATA LEITURA:						
LEIT. ATUAL:						
LEIT. ANT.:						
DIAS CONSUMO:						
HISTÓRICO DE CONSUMO						
REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	REF.	CONSUMO	MEDIA
02/2019	10	12/2018	10	10/2018	10	10
01/2019	10	11/2018	10	09/2018	10	
DESCRIÇÃO						
ÁGUA						
RES ENTRE 50 E 100M 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA						
MÚLTIPLA P/IMPOTENCIALIZAD 02/2019						
10 M3						
39,99						
0,79						
FATURAS EM ATRASO						
REF. DATA	1657,95	REF. DATA	39,98			
REF. 201710	39,98	REF. 201801	39,98			
REF. 201711	39,98	OUTROS	487.6299.099900000			
TRIBUTOS						
PTS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL(%)	VALOR DO IMPOSTO			
COFINS	39,99	1,1	0,44			
	39,99	7,6	3,04			
VENCIMENTO: 16/03/2019						
40,78						
Porcentagem						
Turbidez	PTL	Coef. Total	Grau Resíduo Líquido	Módulo (como N)		
≤ 5,0 NTU	≤ 0,4 U	% de Aumento	0,2 a 2,0 mg/L	≤ 10,0 mg/L		
Valor obtido	1,1	50,11 %	0,50	8,0		

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



DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(W/h)	0,0063000	JUN 19	45
		MAI 19	55
		ABR 19	64
		MAR 19	102
		FEV 19	132
		JAN 19	105
		DEZ 18	95
		NOV 18	85
		OCT 18	148
		SET 18	132
		AGO 18	97
		JUL 18	102
		JUN 18	01
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
	R\$ %		
Geração de Energia	10,72 46,15		
Transmissão	1,18 5,08		
Distribuição (Comert)	7,46 32,11		
Encargos Setoriais	1,73 7,25		
Tributos	0,14 0,60		
Perdas de Energia	7,09 3,01		
TOTAL	23,29 100		

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
0,00		0,00	23,23	0,11	0,02	23,23	0,52	0,12

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DUS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
*****	OT	08/06/2019	5.481,00	02/05/2019	4.528,00	30	1,00000	0,00	46,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APLICADO	MEIA ANUAL	MEIA TRIM.	MEIA ANUAL
abr2019					
DIC-No.de horas sem Energia	RIBEIRA	0,00	4,83	9,57	19,34
FIC-No.de vasos sem Energia		0,00	3,11	6,22	12,45
DWC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,60	0,00	0,00
			Limite FICRI: 12,22		
EURO-Valor de Encargo de Uso = R\$ 11,45					

Toda Consórcio pode solicitar a supressão dos Indicadores DIC, FIC, DWC e DICI a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! drogaria petropolis: rua joaquim manuel, 807, petropolis / drogaria pinheiro: r joaquim manuel, 807, petropolis. Leia completa em www.ossm.com.br/.
O pagamento desta Nota Fiscal/Petrol deve ser feito somente em espécie.
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em: www.ansel.gov.br.
O cliente é responsável quando há violação na continuidade da leitura ou do nível de tensão de fornecimento.
Paga, em atraso para multa 2% Res.41/ANEL, Juros 1% (mês) R\$ 428/02 e atualização monetária no próx. mês
leição do ICMS conforme Art. 14, do RICMS-RN.
O cliente é responsabilizado quando há descumprimento de prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEBTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MES/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
000049787013	06/2019	0,00	14/06/2019

FATURA PAGA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Evite dobrar, perfurar ou rasgar.
Este cartão será usado em telas de
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEGS.





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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 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/81810TECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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 EUGENIO DA SILVA

inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.543.534-85 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura Tercaria da Vítima JAMERISON 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.

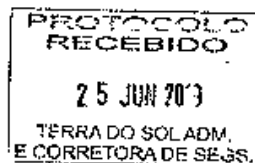
Endereço: <u>Rua Engenheiro João C. da Silva</u>	Número: <u>247</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ARCA PASTA</u>	Cidade: <u>NOVA</u>	Estado: <u>RN</u>
E-mail: _____	CEP: <u>59.014-120</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: _____

Nova 25/06/19

Tacio Eugenio da Silva

Assinatura do Declarante



DLRL001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, ELVIS MAICON DE LIMA SILVA

RG 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 condutor

era JANIERISON SILVA DA CUNHA

Veículo: JOHNNY MOTOR

Ano: 2013

Modelo: JOHNNY MEET 50CC

Placa:

Chassi: LHJXBLA0B401890

Data do Acidente: 05/01/2019

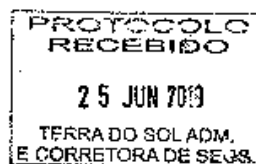
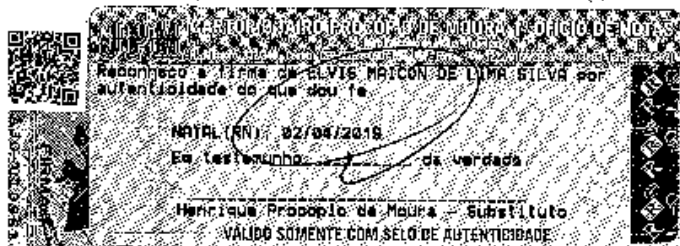
Local e Data: AVENIDA TRATRI COM A PRUDENTE DE MORAIS
(PETRÓPOLIS)

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)





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



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

CNS: 703407235026710

CPF: 09687935413

Sexo: M Cor: PARDA
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
Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO
*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

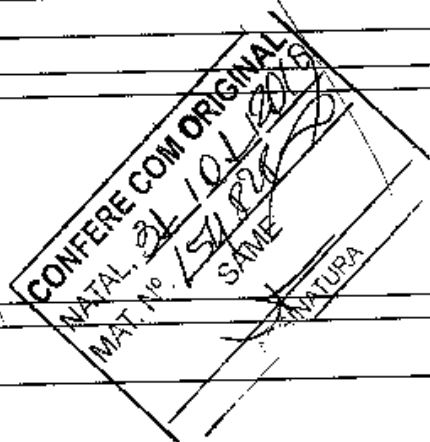
25 JUN 2019

TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEG.

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

DIAGNOSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 31 de Janeiro de 2019.





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



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: Pai: Prof:
 Mãe: MARIA
 Graduação: TRAIRI, 1
 EP: 59020150 Bairro: PETRÓPOLIS Cidade: NATAL
 Telefone: 84 32327500

Sexo: M Cor: PARDA

Evento: MOTO X CARRO - COLISÃO
 Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO 19 15:02
 Empresa:

Radiograma:

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

Idade: _____
 Paciente vítima de colisão moto x carro (não reserva
 o direito). 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 (1).

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

AVAP a. lateral esternal cl. calor.
 3 MVO bilateral, cl. provável extensor bolso. SpO_2 : 99%.
 Hemod. estavel.
 ECG: 10.
 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

Gerado via SX por SEBASTIAO FERREIRA DOS SANTOS. Impresso em 05 de Janeiro de 2019.



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

Complemento:

CEP: 59014223

Cidade: NATAL

Nº: 59

Bairro: MÃE LUIZA

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:

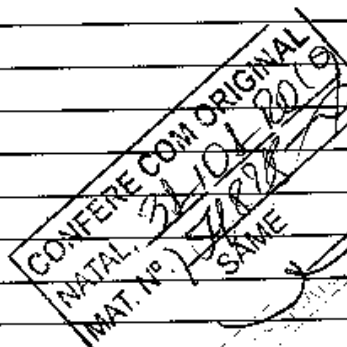
Óbito:

Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S72.3 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR
408050519 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 31 de Janeiro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

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

RELATÓRIO DE
HISTÓRIA CLÍNICA
E EXAME FÍSICO

Nome

João da Cunha

Leito:

Idade:

Nº Registro:

196/2019

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

Data:

06/01/19

Hora:

XORTOPEDIAX

Paciente com história de colisão
moto x automóvel.

Dor e deformidade da coxa
direita. Sem exposição óssea.

HD: fratura fechada do fêmur @

Internação para tratamento cirúrgico.

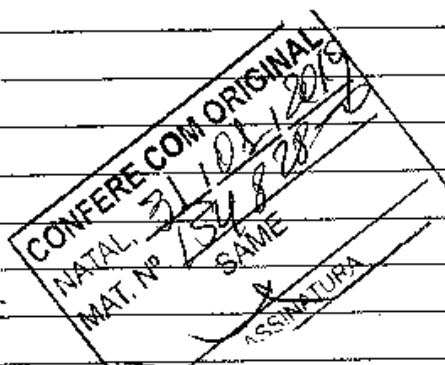
Dr. Hugo Pereira da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 307685 / TEOT 15517

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

Paciente com plgsw 12
vaca lida

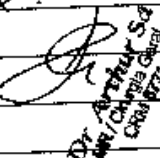
Aguda de coxa com

Dr. Detetado



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



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 ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	
CONDOTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS Rx de tórax sem evidências de pteuras, hemotórax ou pneumotórax. AR: Muc e r. simétricos, sem RA Abdom: plano, flácido, indolor a palpação. Alta da Cirurgia Geral.	<div style="text-align: center;">  + Dr. Carlos </div>	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE		
ESPECIALISTA 1	HORA: 23:40	DATA: 05/01/2019.
ESPECIALISTA 2	HORA: 23:40	DATA: 05/01/2019
ESPECIALISTA 3	HORA: 23:40	DATA: 05/01/2019.
DESTINO DO PACIENTE:		
DATA	/	HORA
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:		
SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () REVELIA () TRANSFERIDO PARA:		
OBITO: DATA / / HORA		
ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITEP		





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

EVOLUÇÃO
MULTIDISCIPLINAR

Nome

João da Cunha

Leitor

Idade

Nº Registro: FIA 196/2019

DATA

EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

06/01/19

XXORTOPEDIAX

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

Sem intercorrências.

Paciente com história de Trauma-
tismo Crânio-encefálico e abaixa-
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
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 68858 - RTE 355

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 31/01/2019
MAT. Nº. 1588870
SAME
ASSINATURA

6/1/19 NL Neurocirurgia

TC controle moles onde indica-
ção a visto para planejamento cir. definitiva.

cd: Observe pele na per @ 24L

07/01/19

NC

SI DEFUIT FICAC

LIBERADO 11/NC

Atenção: Ofezior, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergência clínica, diagnóstica, agravos de ceteros externos, em especial a anuária, de acordo com as melhores práticas
clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

Dr. Valdeir da Costa Melo
Neurocirurgião
CRM-RN 5555

Dr. Hugo Pereira da Silva
Ortopedista e Traumatologista
CRM-RN 68858 - RTE 355
PMUN 14261



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

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

**BOLETIM
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: João da CunhaReg. Nº FIA: 19612019Diagnóstico pré-operatório: Fratura fechada distal da tíbia direita.Indicação terapêutica: Tração transesquelética Urgência (☒) Eletiva (☐)**INTERVENÇÃO**Data: 06/01/19

Início:

Término:

Duração:

Operador: Dr. Hugo Pereira

CRM/CRO:

6865

1º Auxiliar:

CRM/CRO:

2º Auxiliar:

CRM/CRO:

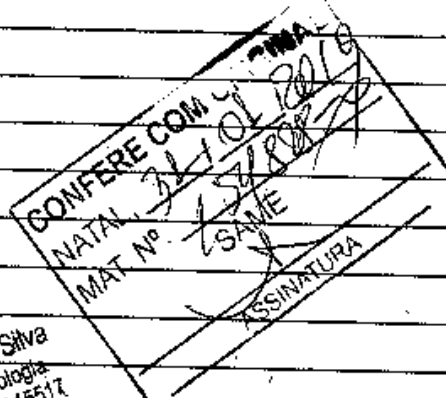
Instrumentador:

Anestesista:

CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

- 1) Paciente em DOH, sob anestesia local.
- 2) Antissepsia e anestesia com clorexidina.
- 3) Posicionamento de fio de Kirschner 5.0 na tíbia direita.
- 4) Montagem de tração transesquelética.
- 5) Fim do procedimento.



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

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

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

ESTE HOSPITAL É SEU. E MEU. É NOSSO.

**GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO NORTE**Secretaria de Estado da Saúde Pública
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel
Pronto Socorro Clóvis Sarinho**FICHA DE
ACOMPANHAMENTO
SOCIAL****Identificação**

Enfermaria: Ortopédica Leito: 451 UTE: Lento: 451
Data de admissão: Alta:
Nome: Yamerson Silva de Bunk Naturalidade: Natal/RN
Idade: 25 anos Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data de Nascimento: 06/01/1994
RG: 196438953P/RN Estado Civil: solteiro Nível de Instrução: medo inc
Filiação: Pai: João da Bunk Mãe: M^{te} Francisca Silva de Bunk
Endereço: Rua Solidariedade nº 59 mãe Luiza Cidade: Natal/RN
Telefone: 98859-2729 (mãe) () Residencial () Trabalho () Recado
CPF: 096.879.354-13 Contato telefones: SUS 703.4072.3502.6710
Composição familiar: Reside com William monalisa + 1 filha +
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
Interação 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: William monalisa Bourdes Lima
Parentesco: companheira de vida 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 amplexo por não ter documentação

Saída

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

CONFERE COM OR
NATAL Nº. 31101
SAME

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de vulnerabilidade, em especial as crianças, em aspectos o tratamento, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde e humanidades.



ANAÍ NESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILI-
LÍSTICO

EXAME FÍSICO: BOB, EUPNEICO, VIGIL, ORIENTADO, FULCROS CORADOS
HIDRATADO, FERIMENTOS EM TET. MOLE

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: TRAUMA DE FACE

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

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

1) Anamnese - H.A.H.

2) Solução Tm. Face (Surgendo)

Kerilson Paulino de Oliveira

Cirurgião Buco-Maxilo-Facial

CRO/RN - 2273

Ev. evolução:

Paciente bem orientado em face

cd: Anamnese

Sintomas múltiplos em face

Ata Dmif

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

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Atendimento
Paciente automotobilista
Com lesões corporais
Ex. de lesões minissimais
No hemi corpo direito

Co. Interconsulta
C. pl. f. w. d.

Dr. Maxsuelton Alves
CRM/RN 7569 TEO 15233 Assinatura e Carimbo do Responsável
Ortopedia e Traumatologia
Dr. Ombro e Carimbo

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

1 / 1

HORA:

SAÍDA:

DATA:

1 / 1

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

1 / 1

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:

1 / 1

HORA:

SAÍDA:

DATA:

1 / 1

HORA:

Decisão Médica ☐

A Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

1 / 1

HORA:

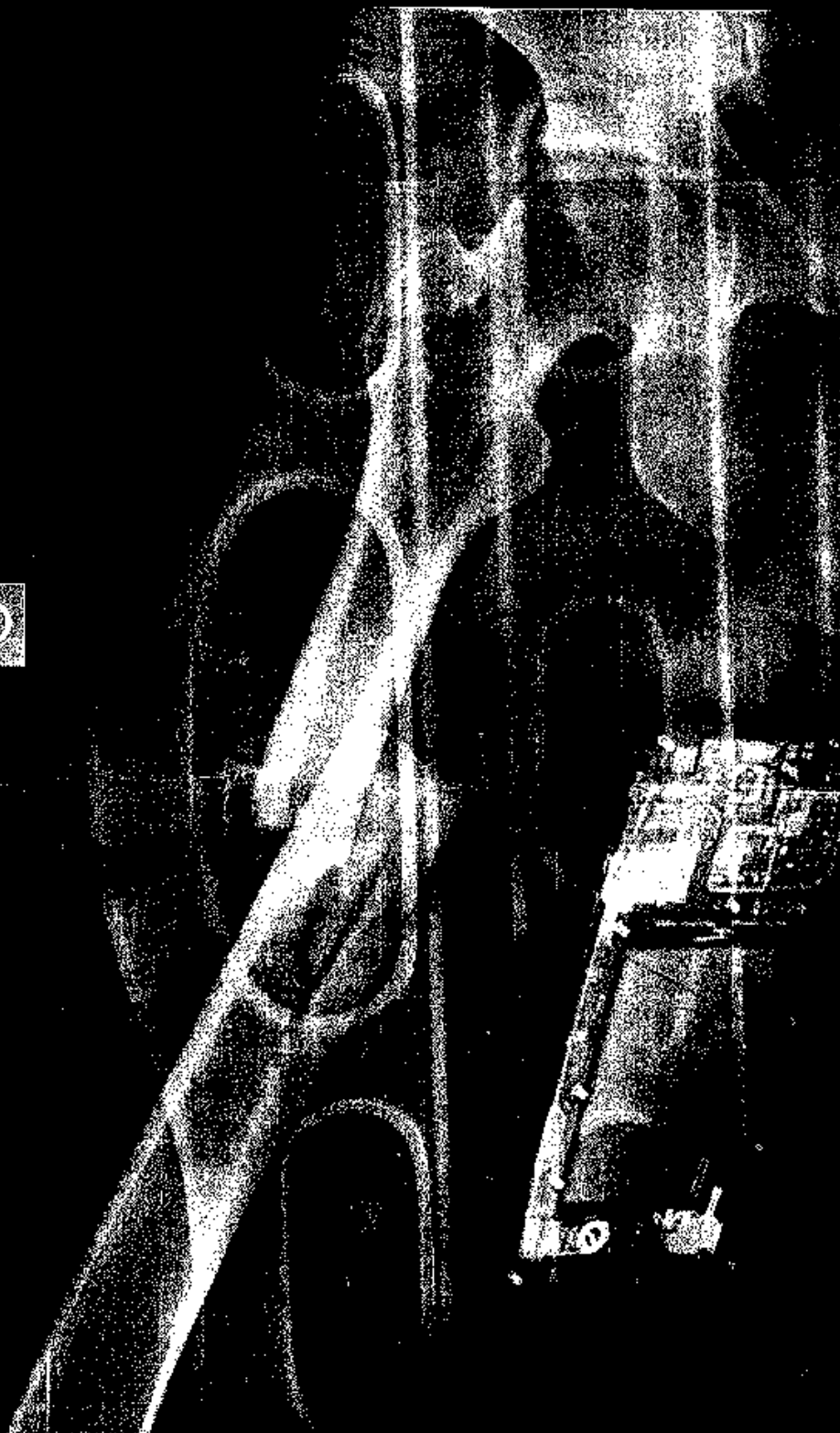
Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐





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 %



[illegible]

pentru a lăsa de sechela
unul ca
gospodărie de autoînțelegere și de sechela

• Bek, upo ardet fagor 9
puplo roobum

$R_{\text{diss}} \rightarrow \text{Acid}$
 $\text{color change} \rightarrow \text{a}$

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

do el Colesterol en la sangre

do el fósforo OUTROS

7 E. Monte & Column Cervical.

points after necessary
do reduce p/ reduce
CC: i

Holder 12 p 5m

liberado p/ ingresso no
matrícula pela matéria
por processo de N. 1
(C. de ensino Normal)

OK
9/10/19

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

ELEMENTOS DA ESCALA DE CUMULATIVO	
Alburnus Gouffr (AG)	
Cubos se abrem espontaneamente.	4
Cubos se abrem ao contato verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, ou com o despertar de um cão.)	3
Cubos se abrem por estímulo doloroso	2
Cubos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Colocações: Resposta verbal espontânea e espontaneamente se perguntado sobre "as coisas, coisas" ou sobre "o que é aquilo, aquilo é o quê"	4
Colocações: Resposta de perguntas espontaneamente, mas há alguma desorientação e confusão	3
Perceção verbalizada de algo diferente, mas não dá uma resposta verbalizável	2
Berra indistintamente. (Resposta sem articulação verbalizável)	1
Atenção:	
Melhor resposta visual (MRV)	
Obedece a ordens verbais. (Pode obedecer também quando há o correspondente.)	4
Localiza estímulo doloroso.	3
Reage de forma simples a dor.	2
Reage de forma simples a dor.	1
Padrão zero 1 de (Desorientação)	0
Padrão zero 2 de (Desorientação)	1
Padrão zero 3 de (Desorientação)	2
Tem resposta motora.	3
Toma	4

"ESCALA DE TROMBEMBO VIAJES REVELADA - RTB"	
DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-120 = 04
	8-120 = 03
	5-80 = 02
	4-60 = 01
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	16-250 = 04
	750 = 03
	6-50 = 02
	1-50 = 01
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	> 90 = 04
	75-90 = 03
	50-75 = 02
	1-50 = 01

CLASSIFICAÇÃO DO TCE:
"A" 18/2011

03 - 08 grave (moderately de-
veloped) (moderate);
09 - 1 = moderate;
12-13 = 40%

Barnes, TEASDALE E. JENNET, B.
Assessment of coma and impaired
consciousness. A practical scale. Lancet
1974;ii:1185

—A escola propõe a leitura de histórias contadas a partir de fotografias com 34 de esperar a 3 anos. Na Escola Quindizllyp, acredita-se no direito que cada criança tem de conhecer a sua história e a história da sua comunidade.

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Pior
0	1	2	3	4

² Escola de Teatro Servando Cabrita, Porto Alegre de sobriedade para pedinheiros de escolas fechadas, Rafael Morat. Adaptado de du Champaign H.R. Sampaio Mello, Copas, et al.: A revolução do Teatro novo, A. Truone 2003 524, 1998.

Hospital Memorial
SÃO FRANCISCO

Hospital Memorial de Natal
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROLA - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4300 / Fax: (84)3132-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 12/01/2019 10:37

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **50781**

Num. 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: **8488582729**

Profissão: **PINTOR (RETOQUES)**

Mãe: **MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **5**

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: **6519**

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 quitação 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

NOTA: O paciente
Ass. Juv. Lamartine, 979
Tel. 84 3133-4300
CNPJ 08.000.000/0001-01
Em 01/02/2019
FERNANDA

MediWare

Página 1 de 1





Hospital Memorial de Natal

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

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 10:36** 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: _____
Procedencia: _____
História da Doença atual: _____
Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____
Antecedentes pessoais: _____
Antecedentes familiares: _____
Estado geral: _____
Ap. Cardiorespiratórios: _____
Ap. digestivo: _____
Ap. Locomotor e Neurológico: _____
Ap. Urinário e Ginecológico: _____
Impressão geral: _____
Conduta: _____

MedicWare

Página 1/1



Dados do Paciente

Paciente: **JANIERSON SILVA DA CUNHA** Registro: 50781
Num. RG: **001964389** CPF: **086.879.354-13** Nascimento: **06/01/1984** 25 anos Sexo: **Feminino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **DA SOLIDARIEDADE** N.º: **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 10:39** Previsão saída: **14/01/2019 11:00** Atendimento: **JAISIAK**
Convênio: **SUS MUNICIPAL** Matricula/CNS: **703407235026710**
Médico: **Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA** CRM: **8619** **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: JANERISON SILVA DA CUNHA

Registro: 50781

Num. RG: 001964389

CPF: 096.879.354-13

Nascimento: 06/01/1994 26 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: JAISIAK

Convênio: SUS MUNICIPAL

Matrícula/CNS: 703407235026710

Médico: DR. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARAUJO CRM: 6619

ENFERMARIA 301B

Dados do Responsável

Responsável:

CPF:

RG:

Parentesco:

TERMO DE RESPONSABILIDADE PATRIMONIAL

Declaro que estou ciente da minha responsabilidade, à título de usufruto, para meu uso exclusivo, sobre os equipamentos/ 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 utilizado 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, Painel para televisão LCD, Suporte de soro, Lixeira, Painel de gases, Frigor, Cortinas, Campanha. 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 Campanha de emergência.

Assinatura: [] Paciente [] Responsável

Devolução: Atestamos que o bem foi devolvido em ____/____/____ nas seguintes condições do Hotel / RN

- [] 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:
2633923
CNES:
2408262
Número Executante:
NATAL

Operador: 03713738408RENIELI
Operador: 03432553404ANA
Operador: ROSANAFREIRE

DADOS DO PACIENTE

CNS:
703407235026710
Nome do Paciente:
JANIERISON SILVA DA CUNHA
Nome da Mãe:
MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA
Sexo:
MASCULINO
Data de Nascimento:
06/11/1994 (23 anos)
Tipo Logradouro:
RUA
Número:
426
País de Residência:
BRASIL
Telefone(s):
(21) 2105-0000 (Exibir Lista de Linhas)

Nome do Pai/Apellido:

Residência:

NATAL - RN

Tipo:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

JOAO XXIII

Bairro:

MÃE LUIZA

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:

31 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRIA/UMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Nome do Médico Solicitante:

CLAUDIO JOSE POLY GUZZO

Nome do Médico Executante:

TASSO ALACON FERREIRA 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 da Solicitação:

12.01.2019 - 10:16:23

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

HOSPITAL MEMORIAL
AV JUVENAL LAMARTINE, 979
59014-000 - NATAL/RN
Telefone: 51 3441-1111



BLOCO CIRÚRGICO
BOLETIM DE SALA

Reg	510531	NOME	JOMES, GOMES, S. R. de A. M. B. A. R. T. O.		
Cirurgia Realizada:					
TTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR + RETIRADA DE TRAÇÃO + DESBRIDAMENTO + ENXERTO ÓSSEO					
DATA:	12.01.89	INICIO:	16h	HS:	MIN:
				TERMINO:	19h
EQUIPE	NOME	CIC/ME	CRM	CIRURGIA	
Cirurgião	Dr. THIAGO ARARUNA	6819		Pequena	
1 Auxiliar				Média	
2 Auxiliar				Grande	
Anestesiologista	Dr. THIAGO CARVALHO			Múltipla	
Instrumentador					
Ato:					

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

DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRIÇÃO	UNID.
Tratamento cirúrgico de fratura com síntese e colocação de 01 haste				Ampliação de fêmur bloqueada com enxerto ósseo				Sutura por planos curativo	

COD.	DESCRICAO	UNID.	QUANT.	COD.	DESCRICAO	UNID.	QUANT.
MEDICAMENTOS				MEDICAMENTOS			
028966	Aguê Bisturi nº1	AMP	080320	Viyel 4-0 (Vedeta)	ENV	066154	Malha Tubular 12cm.
080325	Aguê Sidelada 1 cm	AMP	080372	Viyel 5-0 (Insolte)	ENV	066162	Malha Tubular 15cm.
028968	Aguê Bisturi nº2	AMP	080725	Viyel 5-0	ENV	062783	Máscara Descartável
000057	Cloretalol 1g	AMP	080313	Viyel 7-0	ENV	066920	Pólv. 2 veds.
000096	Dexametazona 1mg	AMP				064794	Pólv. 2 veds.
000713	Glicose 25% 10ml Inj.	AMP				064787	Povidine 10ppm / ml
004283	Glicose 50% 10ml Inj.	AMP				066967	Sébio Lúcio
004703	Hipoclorito 50%	FBS				060733	Sepália Descartável
000049	Injeção Pomada 1%	JT				066225	Seringa Desc. 0.1cc x Agulha
015111	Kefil Resulto 1g	COM				064443	Seringa Desc. 0.3cc x Agulha
006067	Nimafena 2ml Inj.	AMP				064475	Seringa Desc. 0.5cc x Agulha
007493	Piveland 100mg Inj.	AMP				064209	Seringa Desc. 1.0cc x Agulha
069628	Solução Ringer's Lactato	FBS				063216	Seringa Desc. 3.0cc x Agulha
006449	Solução Ringer's Simplex	FBS				063120	Sonda Uretral 10
082125	Soro Fisiológico 100ml	FBS				063144	Sonda Uretral 12
008719	Soro Fluorinado 9% 500ml	FBS				063181	Sonda Uretral 14
008740	Soro Glicosado 5% off 500	FB				063169	Sonda Uretral 16
009993	Xilocaina 2% clv	AMP				063183	Sonda Ure. gl 18
010026	Xilocaina Geléia 2%	BGC				060550	Sonda Uretral 20
DESCARTÁVEIS							
			061900	Abdominal-T Plus Nº 14	UND		
			061918	Abdominal-T Plus Nº 15	UND		
			061926	Abdominal-T Plus Nº 16	UND		
			061932	Abdominal-T Plus Nº 20	UND		
			060982	Agulha Descartável 12 x 4.5	UND		
			060392	Agulha Descartável 25 x 7	UND		
			060418	Agulha Descartável 18 x 12	UND		
			060474	Alcômetro	ML		
			060592	Atadura Crepim 10cm.	ROL		
			060630	Atadura Crepim 12cm.	ROL		
			060590	Atadura Crepim 15cm.	ROL		
			060608	Atadura Crepim 20cm.	ROL		
			060701	Atadura Gessarte 10cm.	ROL		
			060879	Atadura Gessarte 12cm.	ROL		
			060920	Atadura Ortopédica 10cm.	ROL		
			060608	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL		
			061670	Atadura Ortopédica 15cm.	ROL		
			060390	Atadura Ortopédica 20cm.	ROL		
FIOS							
060047	Algodão 0 (gl Agulha)	ENV	066648	Bandeja Peridural	UND		
060048	Algodão 2-0 (gl Agulha)	ENV	061545	Bandeja Raio	UND		
060044	Algodão 3-0 (gl Agulha)	ENV	060948	Butterfly 18g	UND		
060162	Crômado 1-0	ENV	060995	Butterfly 21g	UND		
060130	Crômado 2-0	ENV	062135	Butterfly 23g	UND		
060123	Crômado 4-0	ENV	062142	Butterfly 25g	UND		
060259	Kil-Gatrala	ENV	062205	Camisa Descartável I	UND		
060599	Mononylon 0 PRETO	ENV	061244	Campanha Orelha C	UND		
060614	Mononylon 2.0 PRETO	ENV	061909	Eletrodo Descartável	UND		
060621	Mononylon 3.0 PRETO	ENV	060949	Emergentes 500ml	UND		
060639	Mononylon 4.0 PRETO	ENV	062074	Esparadrapo 10 x 45	CM		
060646	Mononylon 5.0 PRETO	ENV	062031	Elar Sufricresil 1ml	ML		
060653	Mononylon 6.0 PRETO	ENV	062235	Gaze 91 x 81	UND		
060782	Mononylon 8.0 PRETO	ENV	062830	Gaze Furcinade	UND		
060842	Mononylon 10-0 PRETO	ENV	062364	Gorro Descartável	UND		
060892	Progre 3-0	ENV	062193	Injetor Air IL 2.4 Ml	UND		
060963	Progre 4-0	ENV	061079	Injetor Pacho	UND		
060949	Piolina 5-0	ENV	062253	Lâmina Biplan Nº 11	UND		
060931	Piolina 8-0	ENV	062260	Lâmina Biplan Nº 1E	UND		
060910	Sida 2-0	ENV	060149	Lâmina Briton Nº 20	UND		
060950	Sida 3-0	ENV	062232	Luna Descartável Nº 7.5	PAR		
060969	Sida 6-0	ENV	062840	Luna Descartável Nº 7.5	PAR		
060919	Simplex 3-0 (gl Agulha)	ENV	062429	Luna Descartável Nº 8.0	PAR		
060960	Viyel 4-0 (Incolor)	ENV	062441	Malha Tubular 10cm.	ROL		
CIRURGIÃO: DR THIAGO ARRABONA CRM 0019							
CIRULANO: [Assinatura]							



21/01/2019

SISREG III - Servidor de Produção

Código Solicitação: 271264504

Número AIH: 241910003558-3

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:

HOSPITAL MONSENHOR 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:

2633923

CNES:

2408252

Município Executante

NATAL

Operador

03713/38408RENIELI

Operador

03432553404ANA

Operador

ROSANAFREIRE

Operador

33391521449FRANCISCA

DADOS DO PACIENTE

CNS:

703407135020710

Nome do Paciente

JANERISON SILVA DA CUNHA

Nome da Mãe

MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

06/01/1994 (25 anos)

Tipo Logradouro:

RUA

Número:

126

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(21) 3135-0000 (Excl. lista (mãe))

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

NATAL - RN

Raça:

AMARELA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

JOÃO XXIII

Bairro:

MÃE LUIZA

Município de Residência:

NATAL

Complemento:

CEP:

59014-000

UF:

RN

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:

CPF do Médico Executante:

0675477433

Diagnóstico Inicial - CID:

S72.3 - FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Caráter

1 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

TRANSFERÊNCIA ENTRE CLÍNICAS

Clínica

ESPEC - CLÍNICO - CLÍNICA GERAL

ESPEC - CIRÚRGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

FRATURA FECHADA DO FÊMUR DIÁFISE, AD>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FÍSICO + RX

Condições que Justificam a Internação:

RISCO DE MORTE

PARECER

Motivo de Impedimento de Regulação:

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Nome do Médico Solicitante:

CLAUDIO JOSE POLEY GUZZO

Nome do Médico Executante:

JASSO ALACOR PEREIRA DE ARAUJO DANTAS

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408050519

Dt. Transferência:

18.01.2019

21.01.2019

HOSPITAL MEMORIAL

Operador

33391521449FRANCISCA

33391521449FRANCISCA

Clínica Complementar

Nenhuma

Código

0408050519

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (examinador)

Data de Solicitação:

21/01/2019

Assinatura e Carimbo do Médico (ex

SUS**Laudo 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 PACIENTE

Nome: 109143 JANIERISON 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 DA DIAFISE DO FEMUR

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

NECESSITA CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

RX

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S71.0 FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR*408050519. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Profissional Solicitante / Assistente:

CLAUDIO JOSE POLEY GUZZO

Cláudio 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 Trajetória

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 AIZH:

Profissional Autorizador:

Órgão Emissor:

Documento: ☐ CNS ☐ CPF nº

Data da Autorização: / /

Assinatura/Carimbo:



RELATÓRIO ANESTESIA

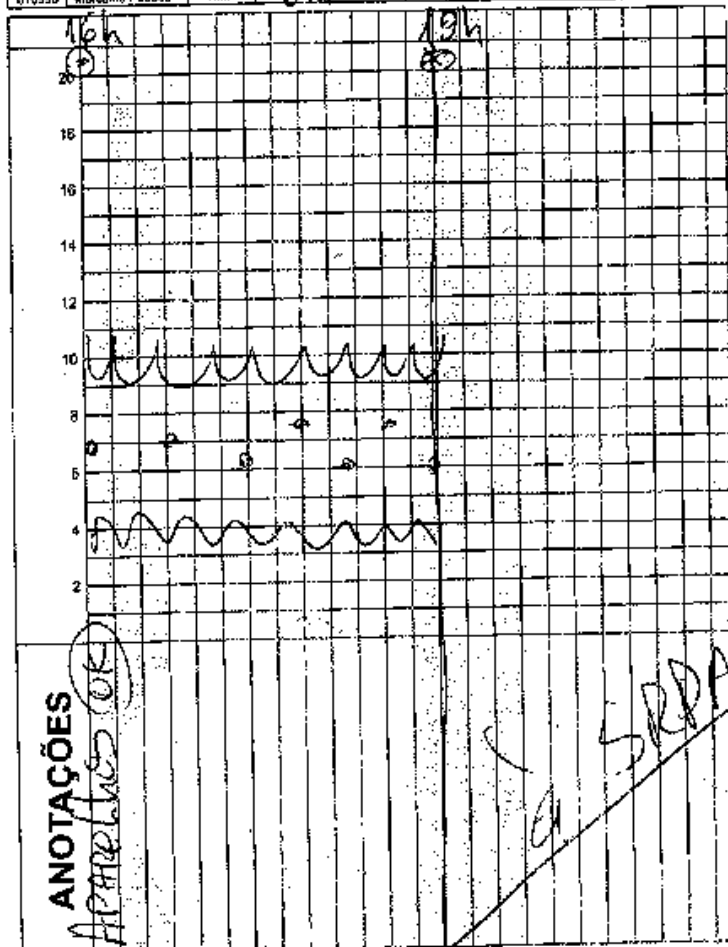
I.S.D.A. Paciente com Fratura do Fêmur Direita

PRÉ-ANESTÉSICO: _____ DROGAS: _____

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQU: SIMPLES + SEDACIA EV

DROGAS USADAS NA ANESTESIA

CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.	CÓD.	DESCRIÇÃO	UNID.	QUANT.
000150	Adrenalina	AMP		006118	Narcan	AMP			MEDICAMENTOS		
002358	Água Bicalada	AMP		007527	Plasil 10mg	AMP			DEXA	1g	02A
000342	Atropina 25	AMP		007558	Protilina	AMP			DIPIRINA	1g	02A
002050	Clorato de Polissol	AMP		005922	Ketier	AMP					
001460	Clorato de Sódio	AMP		003343	Glaxiam 100mg	AMP					
016920	Dimorfin 10mg	AMP	01A	000040	Glaxiam 500mg	AMP					
002115	Diprivan	AMP		003543	Rapitem	AMP					
002953	Colatina	AMP		003724	Servina	ML					
003090	Carbamid 15mg	AMP	01A	006448	Sol. Ringer Simples	FRS	04ml				
017015	Carbamid 5mg	AMP		008125	Sol. Finaolbuc	FRS					
033071	Etoril	AMP	01A	008749	Sol. Glaxosado	FRS					
033511	Fentanyl 2mg	AMP		008829	Sol. Ringer Lactado	FRS					
033780	Fosane	ML		001002	Thiopental	CRS					
017636	Halselene	ML		003013	Troclum	AMP					
004685	Hydrocortisone	AMP		009727	Vafur	AMP					
004437	Izzal	AMP		001475	Xilocaina 1%	AMP					
010589	Lazmor	AMP		008825	Xilocaina 2% S/A	AMP					
005487	Morfin 0,6 S/A	AMP		010023	Xilocaina 2% S/A	AMP					
005894	Morfin 0,6 S/A	AMP		010033	Xilocaina Passada	AMP					
010586	Morfin Passada	AMP	01A								



Interocorrências	

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
Oxímetro	Sim
Cardioscópio	Sim
Capnógrafo	
Oxigênio Líquido	2litros
Protóxido Líquido	070

INÍCIO ANESTESIA: 16h	INÍCIO CIRURGIA: 16h10m	DATA: 16/01/2019
FINAL ANESTESIA: 19h	FINAL CIRURGIA: 19h	ANESTESIOLOGISTA: _____ CRM: _____

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



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 Lemos, 379
Tribunação do 1º Juízo
Cidade de Natal - RN

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Thiago José G. C. Aragão
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RN 6619 / RBO 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 CAMARÁ

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 COIH | |
| <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 CAMARÁ

6619

049.768.334-29

JUSTIFICATIVA

PACIENTE COM FRATURA DE FÊMUR DIREITO COMINUIDA COM TRACÃO EM PERNA DIR + FERIMENTO D
ESVITALIADO, NECESSITANDO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA COM ENXERTO +
DESBIDAMENTO DE FERIMENTO + RETIRADA DE TRACÃO

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

Dr. Thiago José Gurgel Camar
Ortopedia - Traumatologia
CRM-RN 6619 / EOD 14848

CRM

6619

DATA

16/01/2019 18:48:09

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR

CRM

DATA



PROTOCOLO 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 GUTENBERG 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 SFO 8% E SEQUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Doença pré-existente:

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

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

Alérgias (medicamentos, iodo, esparadrapo): NÃO

Assinatura Responsável

Outros Exames:

SRPA

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

Nível consciência: CONSCIENTE

Oxigenoterapia: O2 AMBIENTE

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

Hipotensão: NÃO Raio X de Controle:

Medicação administradas:

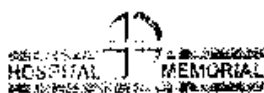
Encaminhamento:

CLIENTE DE POL. CONSCIENTE, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, NA HVP, VIABILIZANDO
SFO 8%, COM CURATIVO, IMPO E OCLUSIVO, DIURESE ESPONTÂNEA, COM RX DE
CONTROLE, ANEXO AO PRONTUÁRIO EXAMES, SEQUE ACOMPANHADO ATÉ O LEITO DO
MAQUEIRO E T.C. DE ENFERMAGEM.
VERIFICADO SSVV: PA=120X80 MMHG, FC=72 BPM, T= 36,0°C, SPO2=96 %

Assinatura Responsável

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
TEL: (84) 3133-4200 / RN





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3133-1238 - Email: hmemorial@veloxmail.com.br

Data: 21/01/2019 14:20

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

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: NAO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: CEFAZOLINA 2G

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO EM O² AMBIENTE PARA SUBMETER A PROCEDIMENTO DE FRATURA DE FEMUR DIAFISARIA DIREITO, O MESMO NEGA DOENÇAS E ALERGIA MEDICAMENTOSA, APRESENTA COM SUTURA NO LABIO SUPERIOR E EDEMACIADO, NA HVP EM MSD VIAB SF 0,9%, MID NA FERULA ESQUELETICA. PROCEDIMENTO REALIZADO COM EXITO FOI ENCAMINHADO AO SRPA ORIENTADO EM O² AMBIENTE SEM QUEIXAS DE DOR NO MOMENTO, FERIDA OPERATORIA LIMPA E DCLUIDA, 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
NAYARA SOARES DE OLIVEIRA
Técnico(a) COREN - 706919

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juv. Lamartine, 979
Tirol - 50133-4200 Natal / RN
Contato: 3133-4200





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	DO (SND)	
2. PARALOMOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR REFRATÁRIA A DIFERON	DO (SN)	
3. DIFERONATO R6 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	DO (SN)	
4. RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	DO 12:00	
5. DIFERON 500mg/mL 40gotas FLT Uso: 1 fisconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 4/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE	DO (SN)	
6. OMEPRAZOL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Pela manhã.	DO 06:00	
7. SINAIS VITAIS (PRESSÃO, FC, TG, T, DO) em 06 horas	DO 06:00 12:00	09:00, 06:00,
8. CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA	DO (INTERVENÇÃO)	

Dr. WENDEL FERREIRA COSTA
CRM - 6476

HOSPITAL MEMORIAL
R. General Lacerda, 970
110-10, 400-000 Natal / RN.
Fone: (55) 3083-1000





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): 119.6606	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 REFRACTÁRIA A DÍPIRONA	D1 (SK)		
3) DIMENIDRINATO B6 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 6/6 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 - 06:00, 06:00 - 12:00		
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA	D1 (ATENÇÃO)		

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA AFARUNA
CRM - 6819

HOSPITAL MEMORIAL
R. ... 9791
... 11111-1111
...





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Convênio: SUS MUNICIPAL
Unidade: UNIDADE III
Leito: ENFERMARIA 301B
Admissão: 12/01/19 16:36
Diag.: S723 - Fratura da diáfise do fêmur

Idade: 25 anos
Prontuário:

2 dia(s) de internação

14/01/2019 19:00		Solic. (Estoque): 119.7122	Horários de Aplicação		5619
1	DIETA LIVRE LAXANTE, Uma vez ao dia		D2	(SND)	
2	TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR REFRATÁRIA A 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 6/6 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), 06 em 06 horas		D2	(AMIEÇÃO)	
8	CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo. DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA		D2	(AMIEÇÃO)	

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36
https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680
Número do documento: 21020116243634800000062211680



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** 3 dia(s) de internação
Diag.: **S723 - Fratura da diáfise do fêmur**

15/01/2019 19:00	Solic. (Estoque): 119.7575	Horários de Aplicação	6619
1) DIETA LIVRE LAXANTE, Uma vez ao dia	D3 (SN)		
2) TRAMADOL 50mg Comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE DOR REFRACTÁRIA A DIFIRONA	D3 (SN)		
3) DIMENIDRINATO 96 COM (DRAMIN) Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas A critério médico. SE NÁUSEAS OU VÔMITOS	D3 (SN)		
4) RIVAROXABANA 10mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Ao dia.	D2 10:00		<i>Exurgido 16/01</i>
5) DIFIRONA 500mg/mL 40gotas-FLT Uso: 1 flaconete, via oral, A critério médico A critério médico. ATÉ 6/6 HORAS, SE DOR OU FEBRE	D3 (SN)		
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, 06:00, 12:00, 18:00		
8) CABECEIRA ELEVADA 45°, Contínuo DURANTE A ADMINISTRAÇÃO DA DIETA	D3 (ATENÇÃO)		

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 8619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. ... 979-V
Trib. ... / RN
...



40
HOSPITAL MEMORIAL
1000 10TH AVENUE S.W.

Idade: 25 anos
 Prontoário.

4 dia(s) de internação

	Horários de Aplicação	6619
16/01/2019 18:47	(SND)	
SOLUÇÃO INJEÇÃO	22:00	
SOLUÇÃO GLUCOSADA 500ML	00:00	
Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.	18:00	12:00
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500ML	08:00	12:00
Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.	18:00	12:00
INSULINA HUMANA 100U/ML ampola	08:00	18:00
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.	18:00	18:00
DILUTOR EM 4 ML DE ASD	08:00	18:00
CARBAMAZOLINA SÓDICA 1g frasco ampola	22:00	14:00
Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.	08:00	14:00
A. 1 M		
PRAMIPEXOL 1mg (50mg/mL) ampola	(SN)	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		
DILUTOR EM 10ML DE SWO 0,9%	(SN)	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% 500ML ampola 2mL		
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.		
A. 1 M		
PAROXETINA 30mg comprimido	(SN)	
Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.		
SE SAE > 160 OU SAE > 100 MMHG		
AMARILHADA 40mg frasco ampola	08:00	
Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.	08:00	
A. 1 M		
AMARILHADA 40mg comprimido	(SN)	
Uso: 1 comprimido, via oral, Dose Única.		
DILUTOR EM 10ML DE SWO 0,9%		
AMARILHADA 40mg comprimido	(SN)	
Uso: 1 comprimido, via oral, 06 em 06 horas S/N	08:00	
A. 1 M		
AMARILHADA 40mg comprimido	(ATENÇÃO)	
Uso: 1 comprimido, via oral, 06 em 06 horas		

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 2619

HOSPITAL INFORMATION
AV. J. ...
T... ..
C... ..
Em.

Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Idade: **25 anos**

Convênio: **SUS MUNICIPAL**

Rég.: **50781**

Prontuário:

Unidade: **UNIDADE III**

Leito: **ENFERMARIA 301B**

5 dia(s) de Internação

Admissão: **12/01/19 10:36**

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

17/01/2019 19:00		Solic. (Estoque): 119.8784	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	DIPYRONA 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	NEFOPARANIDA 100mg/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, 08 em 08 horas. SE PAS > 160 OU PAD > 100 MMHG		D1 (SN)	
9	CETIRAZOL 10mg fresco ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. SEMOM.		D1 06:00	
10	RIVAROXABANA 15MG comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. DEPOIS CIRURGIA.		D1 06:00	
11	COMPRESSA DE GEL Uso: 1, via oral, 06 em 06 horas. NA COXA DIREITA, OPERADA		D1	
12	SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA) Uso: 1, via oral, 06 em 06 horas S/N		D1 (SN)	
13	INTERMITENTE Uso: 1, via oral, 06 em 06 horas DIA SEGUINTE		D1 08:00	
14	SINAIS VITAIS (SSVV + CCGG) Uso: 1, via oral, 06 em 06 horas		D1 (ATENÇÃO)	

HOSPITAL MEMORIAL
AV. Augusto Lemos 979, 979
Fone: 32 422-422
CNPJ: 07.043.888/0001-00



Prescrição Médica / Evolução Clínica

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

17/01/2019 19:00

Solic. (Estoque): 119.8784

Horários de Aplicação

6619

10. CONCENTRADO DE HEMÁCIAS

DO

2. No momento
2 BOLSAS - IV - AGORA



0124190112119

1º 21:20

Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619



0124190112139

2º 21:20

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36
https://pje1g.tjm.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680
Número do documento: 21020116243634800000062211680



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

HOSPITAL MEMORIAL

18/01/2019 10:49

Horários de Aplicação

6619

FIXAÇÃO VITÁIS : SSVV + CCGG) , 06 em 06 horas

(ATENÇÃO)



Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6819

HOSPITAL MEMORIAL
R. ... 979
...
...
...





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): 119.9326

Horários de Aplicação

3810

01	DIETA, LÍQUIDA	02	(SND)	
	SORO GLICOSEADO 5% 500ML	02	22:00	<i>Janierison</i>
	Uso: 1 unidade, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
	DEXAMETASONA 4mg/mL 2,5mL ampola	00	11:00	<i>Janierison</i>
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
	Dilúente 100mL de SF 0,9% ou SG:5%			
	TRAMADOL 100mg (50mg/mL) ampola	00	20:00	<i>Janierison</i>
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.			
	Diluir em 100mL de Soro fisiológico 0,9%			
	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500mL	02	09:00	<i>Janierison</i>
	Uso: 1 frasco, via endovenosa, 12 em 12 horas.			
	DIFENIDRAMINA 50mg/mL ampola	02	08:00	<i>Janierison</i>
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 06 em 06 horas.			
	DILUIR EM 2 ML DE ASD			
	CEFAZOLINA SODICA 1g frasco ampola	02	08:00	<i>Janierison</i>
	Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			
	ASD 10ML			
	METOCLOPRAMIDA 10mg/mL ampola 2mL	02	(SND)	
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas.			
	ASD			
	PARETOL 100mg comprimido	02	(SND)	
	Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas.			
	SE PAS > 160 OU PAD > 100 MMHG			
	OMEPRAZOL 40mg frasco ampola	02	10:00	<i>Janierison</i>
	Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas.			
	FLUON			
	RIVAROXABANA 15mg comprimido	02	10:00	<i>Janierison</i>
	Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única.			
	06h APÓS CIRURGIA.			
	COMPRESSA DE GEL	01		
	Uso: 1, torção, 06 em 06 horas.			
	NA TORMA DIREITA, OPERADA			
	SONDA VESTIBUL DE ASPIR (SVA), 06 em 06 horas	02	(SND)	
	ASD			
	CURATIVO, 24 em 24 horas	02	10:00	<i>Janierison</i>
	DA SERRA			

Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36
Num. 64950369 - Pág. 51





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

661:

15) SINAIS VITAIS (SEVV + CCGG) 08 ex: 06 horas

02 (ATENÇÃO)

Dr. THIAGO JOSE GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

HOSPITAL MEMORIAL
Av. ... 0791
Tel. ...
Coordenador ...
Est. ...

Pixeon - 18/01/2019 16:45 (U507/ASSIST.6.0) / (DWO:69)

Página: 1 / 2





Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

Idade: 25 anos

Convênio: SUS MUNICIPAL

Reg.: 56781

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	SODA LIVRE	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 1.	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	00:00 14:00	
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 06:00 12:00	
7	NEFACONA 100mg 1g frasco ampola Uso: 1 frasco ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABO 10M	03	00:00 08:00 14:00	
8	METOCLOPRAMIDA 1mg/mL ampola 2mL Uso: 1 ampola, via endovenosa, 08 em 08 horas. ABO	03	(SN)	
9	CASOPRIL 20mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, 08 em 08 horas. SB PAS > 160 OU SAE > 100 MMHG	03	(SN)	
10	OMEPRAZOL 40mg frasco ampola Uso: 1 ampola, via endovenosa, 24 em 24 horas. ABO	03	00:00	
11	RIVAROXABAN 15mg comprimido Uso: 1 comprimido, via oral, Dose única. CENAPÓS CIRURGIA.	03	00:00	
12	COMPRESSA DE GELO Uso: 1, tópica, 06 em 06 horas. NA OXLA DIREITA, OPERADA	02		
13	SONDA VESICAL DE ALIVIO (SVA) 06 em 06 horas ABO	03	(SN)	
14	DIETÉTICO, 24 em 24 horas Pela seguinte	03	00:00	

20/1/19

Alta Hospitalar.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. General Lamare, 379
Telf: 21.563-032 Nates / RN
Unidade de emergência
Em...

Pixeon - 19/01/2019 12:44 (U398/ASSIST.6.0) / (DWO:69)

Página: 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 do fêmur**

19/01/2019 19:00

Horários de Aplicação

66

19/01/2019 19:00 (SSVM - CCGG) 19:00 em 06 horas

L3 (ATENÇÃO)

Dr. THIAGO JOSÉ GURGEL CAMARA ARARUNA
CRM - 6619

19/01/2019 19:00
19/01/2019 19:00
19/01/2019 19:00
19/01/2019 19:00
19/01/2019 19:00
19/01/2019 19:00
19/01/2019 19:00
19/01/2019 19:00
19/01/2019 19:00
19/01/2019 19:00

Pixeon - 19/01/2019 12:44 (U395/ASSIST.6.0) / (DWC:66)

Página: 1





Hospital Memorial de Natal

AV JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL, NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1225
hmemorial@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 10:36:02**

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Turno: **Diurno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

Hipótese Diagnóstica: **PRE DE FEMUR + TRACÃO**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

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

Eliminações Fisiológicas

Dissecção

VO

Diurese: **SVD**

ACEITANDO

Obs.:

Intestinais: **PRESENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

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 FEMUR DIREITO + TRACÃO, NEGA HAS+DM+ALERGIAS, ANEXO AO PRONTUÁRIO RIO X DE PRÉ E DOCUMENTO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE, AGUARDANDO VISITA MÉDICA.

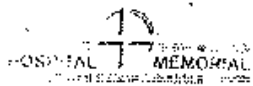
HOSPITAL MEMORIAL
AV. Juvénal Lamartine, 979
Bairro: Tirol - Natal/RN
Unidade: 301B
Em: ____/____/____

COREN: 1266381 - JAINA DANIELE PAIVA DE BESSA

12/01/2019 13:00:18

Página 1 / 1





Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 978 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1228
hmemorial@veloxnet.com.br

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **50781**

IM: **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 + TRACAO**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normalizado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais

Temperatura: **36 °C**

Saturação O2: **95%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **110x80**

Frequência Cardíaca: **61**

Acesso Venoso

Dieta

VQ

ACEITANDO

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

CONFORTAVEL

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTANEA**

Obs:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRITO

Intercomência:

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

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 978
TIROL - NATAL/RN
CEP: 59.074-000
Fone: (84) 3133-4200
Fax: (84) 3102-1228
E-mail: hmemorial@veloxnet.com.br

COREN: 515441 - ANA LÍDIA BARACHO
12/01/2019 22:49:56

Página 1 / 1



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

Sinais Vitais

Temperatura: 36,1°C

Saturação O2: 98%

Respiração: 19 RPM

Pressão Arterial:

120x80

Frequência Cardíaca: 87

Acesso Vascular

Distal

Central

VO

ACEITA BEM

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

LIMPO E OCLUIDO

Medicações:

ADM. CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Intercorrência:

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

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tir. de Natal - RN
Cidade sem código
Em, ____/____/____

GOBEM: 1080571 - ITAMAR SOARES DA SILVA
13/01/2019 09:23:30



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: Normocorado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais

Temperatura: 37 °C

Saturação O2: 98%

Respiração: 19 RPM

Pressão Arterial: 110x80

Frequência Cardíaca: 68

Acesso Venoso

Dieta

VO

MEDICAÇÃO VO

ACEITA

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

Intervenção:

PACIENTE SEGUE AOS CUIDADOS EM REPOUSO NO LEITO.

HOSPITAL MEMORIAL
Av. Juvenal Lamartine, 979
Fone: 3133-4200 / Fax: 3102-1228
Coordenador(a) Médico(a)
Rm. 111

Receita médica

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

Sinais Vitais

Temperatura: 36,8 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 20 RPM

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

120x70

Frequência Cardíaca: 89

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Medicações:

Intercorrência:

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

HOSPITAL MEMORIAL
AV. JUVENAL LAMARTINE, 379 -
TIROBOL - NATAL/RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemorial@veloxmail.com.br

COREN: 1320233 - ANA JULIA DE JESUS AVELINO
14/01/2019 15:51:07



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **50781**

Id: **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

Temperatura: **36,7 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **19 RPM**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **59**

Acesso Venoso

Dietas

Central

VQ

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipos:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

Medicações:

ADM. MEDICAÇÃO DE HORARIO PRESCRITA.

Intercorrência:

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

RECIBO DE ATENDIMENTO
Atendimento realizado em 12/01/2019, 10:36:02
Técnico de Enfermagem: [Assinatura]
Carimbo: [Assinatura]

Elizabete
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: 50781 III: 3

Nascimento: 06/01/1994 25 anos Data Internação: 12/01/2019 19:26:02 Leito: ENFERMARIA 301B

Turno: Diurno Antecedentes: NEGA COMORBIDADES

Hipótese Diagnóstica: FRIE DE FRATURA FEMUR+TRACAO TRANSEQUELETICA.

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom Coloração da Pele: Normocoracao

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

Sinais Vitais:

Oxigenioterapia:

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

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: 120x80 Frequência Cardíaca: 69

Acesso Venoso Central Dieta VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

HGT

Correção: Correção:

Drenos

Correção: Correção:

Data:

Correção: Correção:

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 MANHÃ.

FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES
AUXILIAR DE ENFERMAGEM, DTR
Tiro: 04.02.2019 11:03:75
Coordenadora de Enfermagem
Em, 12/01/2019

COREN: 156656 - ALEXANDRE CESAR RIBEIRO FERREIRA
15/01/2019 11:03:75



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-FR. FEMUR DIREITO.

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocrado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: DESCONHECE

-Oxigenioterapia

Sinais Vitais

Temperatura: 36,6 °C

Saturação O2:

Respiração: 20 RPM

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial

120x80

Frequência Cardíaca: 99

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Central

VO

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.:

Intestinais: AUSENTE

Aspectos:

RCI

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

NAO TEM CURATIVO.

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÕES PRESCRITA.

Intercorrência:

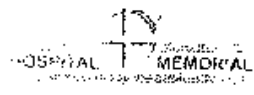
PACIENTE NO PR. OPERATORIO POR FRATURA DE FEMUR DIREITO, COM CIRURGIA PROGRAMADA PARA AMANHÃ A PARTIR DAS 24:00H
DIETA ZERO. MANTEM TRAÇÃO ESQUELETICA SEQUE NOS CUIDADOS.

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979
FONE: (84) 3133-4200
FAX: (84) 3102-1226
E-MAIL: hmemorial@voxxmail.com.br

Katia Vasconcelos

COREN: 240476 - KATIA MARIA VASCONCELOS TORRES DO NASCIMENTO
15/01/2019 21:09:19





Hospital Memorial de Natal

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

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

hmemorial@veloxmail.com.br

UNIDADE DE ENFERMAGEM - UNIDADE ENFE

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 de Natal
Av. Juvenal Lamartine, 979
Tiró - 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)3102-1273
hmemoria@vivo.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**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normalizado**

Alérgias Medicamentosas: **Desconhece**

Isolamento de contato: **Não**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,0 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **120x80**

Frequência Cardíaca: **89**

Acesso Venoso

Dieta

Central

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **Aguardando**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

HGT

Correção:

Correção:

Correção

Correção:

Correção

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Observa

FQ Gelusivo

Medicações

De horário com

Intercorrência:

EVOL ENF ADM CCIRU:

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

At: **Dr. LUIZ CARLOS, 979**
Th: **Dr. LUIZ CARLOS, 979**
Coordenador: **Dr. LUIZ CARLOS, 979**
Em: **12/01/2019**

Olavo Falcão de Almeida

COREN- RN 158311

COREN: 158311 - OLAVO FALCÃO DE ALMEIDA

16/01/2019 20:22:24



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENIL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fon: (84) 3133-4200 / Fax: (84) 3102-1228
hospmemor@vetorxmail.com.br

HOSPITAL MEMORIAL

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Registro: 5078

Paciente: JANIERISON SILVA DA CUNHA

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

Isolamento de contato:

Estado Geral: Bom

Coloração da Pele: Normocrurado

Nível de Consciência: Consciente/Orientado

Alergias Medicamentosas: Desconhece

Oxigenioterapia

Sinais Vitais

Em O2 Ambiente

Temperatura: 36,6 °C

Saturação O2: 99%

Respiração: 20 RPM

Pressão Arterial: 120x90

Frequência Cardíaca: 88

Apêso Venoso

Dieta

Central

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: ESPONTÂNEA

Obs.: Aguardando

Intestinais: AUSENTE

Aspectos: No momento

RCU

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Correção:

Correção:

Local:

Aspecto:

Obs:

Curativo

Medicações:

ADMINISTRADO MEDICAÇÕES DE HORÁRIO CPM

Intercorrência:

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

COREN: 0096252 - ALANA SAYONARA ALVES DA SILVA
17/01/2019 11:41:22

Página 1 / 1



Hospital Memorial de Natal

R. JUVENAL LAMARTINE, 975 - TIROL - NATAL - RN
Fone: (84)3133-4200 / Fax: (84)3102-1228
hmemor.al@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-Interação: **12/01/2019 10:38:02**

Leito: **ENFERMARIA 301B**

Turno: **Noturno**

Antecedentes: **NEGA COMORBIDADES**

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

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normalizado**

Alergias Medicamentosas: **Nenhuma**

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **82**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSD 16/01

UGT

Correção

Correção

Correção

Correção

Correção

Correção

Curativo

Isolamento de contato:

Nível da Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Medicações:

ADM: **MEDICAÇÕES DE MONITÓRIO QPM**

Intercomência:

PACIENTE REFERIU DOR, FOI MEDICADO COM: PRESCRITO.

HOSPITAL MEMORIAL
R. JUVENAL LAMARTINE, 975
TIROL - NATAL - RN
FONE: (84) 3133-4200
FAX: (84) 3102-1228
E-MAIL: hmemor.al@veloxmail.com.br

Larissa Regina

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

Página 1 de 1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **56781**

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: **Normocorado**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **Desconhece**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Sinais Vitais

Temperatura: **36,2 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **20 RPM**

Pressão Arterial:

110x70

Frequência Cardíaca: **69**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

VO

MSD

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

HGT

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs:

Curativo

- REALIZADO PELA EQUIPE DE CURATIVO

Medicações:

- ADM. MEDICAÇÃO DE HORÁRIO CPM

- 11:20HRS INSTALADO 1º CONCENTRADO DE HEMACIAS DE Nº 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: 13574486 - JOHANNA ARAUJO DA SILVA

18/01/2019 12:07:52

Página:



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **50781**

UH: **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**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normalizado**

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: **110x70** Frequência Cardíaca: **70**

Acesso Vascular

Dietal

Eliminações Fisiológicas

Periférico

VO

Diurese: **ESPONTÂNEA**

MSD

BOA ACEITAÇÃO

Óris: **Presente**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

HGT

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

Tipo:

Correção:

Correção:

Local:

Aspecto:

Obs:

Curativo:

Medicações:

FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

SEM INTERCORRENCIAS

12/01/2019 10:36:02
COREN: 431727 - EDMILSON BASILIO DO NASCIMENTO
Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36
Em:

Colmibus

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

Página: 1



Hospital Memorial de Natal

AV. JUVENAL LAMARTINE, 979 - TIROL - NATAL/RN
Fone: (84) 3153-4200 / Fax: (84) 3162-1228
hmemorial@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 10:36:02**

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**

Sinais Vitais

Oxigenioterapia

Temperatura: **36,8 °C**

Saturação O2: **98%**

Respiração: **20 RPM**

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial: **110x70**

Frequência Cardíaca: **78**

Acesso Venoso

Dieta

Eliminações Fisiológicas

Perférico

V.O.

Diurese: **ESPONTÂNEA**

MSE

Obs.: **Presente**

UOT

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

Correção:

Correção:

Drenos

Correção:

Correção:

Data:

Correção:

Correção:

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 POLIFIX E SEGUIE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Assinado eletronicamente por:
Téc. M. SARAIVA
Carimbo com data
Em 12/01/2019

GOREN: 1096252 - ALANA SAYONARA ALVES DA SILVA
12/01/2019 10:51:38

Página 1 / 1



REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Registro: 50781

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

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**

Isolamento de contato:

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

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

HGF

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.: **Presente**

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos: **No momento**

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Curativo:

Drenos

Data:

Tipos:

Locais:

Aspectos:

Obs.:

Medicações:

FOI MEDICADO DE ACORDO COM PRESCRIÇÃO MÉDICA

Intercorrência:

SEM INTERCORRENCIAS

12/01/2019 10:36:02
Téc. de Enferm. MARIA ELIZABETH DA SILVA
Cadastrado no sistema
Em: 12/01/2019

Maria Elizabeth da Silva

COREN: 436185 - MARIA ELIZABETH DA SILVA
12/01/2019 21:13:26

Página



EVOLUÇÃO DIÁRIA DE CURATIVO

Dados do Paciente

Paciente: **JANIERISON SILVA DA CUNHA**

Registro: **50781**

Nº Internação: **3**

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

Leito: **ENFERMARIA 301B**

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

Tipo de Ferida: **FERIDA OPERATÓRIA**

Localização: **FRATURA DE FÊMUR DIREITO**

Condições do Leito: **LIMPA E SECA SEM PRESENÇA DE SECREÇÃO**

EXSUDAÇÃO DA FERIDA

☐ Seroso

☐ Purulento

☐ Sanguinolento

☐ Serosanguinolento

☐ Piosanguinolento

☒ Sem Exudato

DEBRIDE - PERIFERICAL

☐ Integro

☐ Escorçada

☐ Sinal Flogísticos

☐ Descamada

☐ Alérgica/Dermatite

☐ Macerada

Quantidade: Selecione uma opc

Ordem: Selecione uma opc

BORDAS

☐ Distintas

☐ Regulares

☐ Irregulares

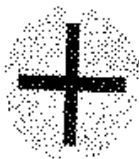
OBSERVAÇÕES GERAIS

12/01/2019 14:58:01

Técnico(a) COREN - RN

OLAVO FALCOMER DE ALMEIDA





Hospital Memorial
São Francisco

LAUDO MÉDICO

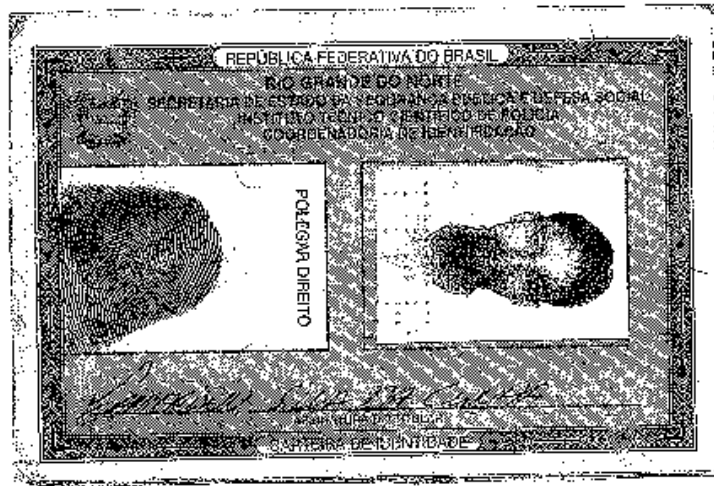
Paciente Janineison Silva de
cunha foi submetido a tratamento
cirúrgico de grave fratura de
fêmur direito há 8 meses.
so Rx de coxa direito fratura
com sinais de consolidação.

Suporta afastamento de sua
atividade laborativa por
no mínimo, 15 (cinco) dias.
Sobrecarga avaliação de med
nub.

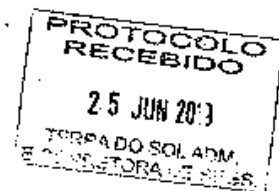
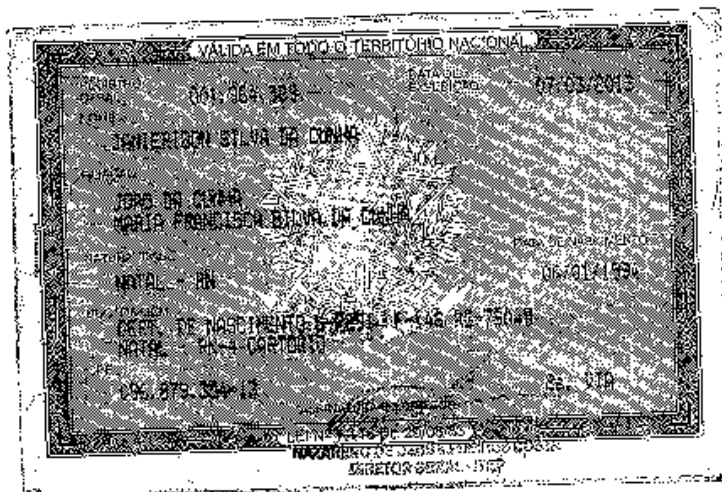
Dr. Juvenal Lamartine
Cirurgião Traumatologista
CRM 13189/14
13/09/14

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





VITIMA



TRABALHADOR

Esta é a Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) instituída pelo Estado Republicano do Brasil, por intermédio do Decreto nº 22.835 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5472 de 01.05.1943 que aprova a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, bem como os básicos para 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 a qualificação e as atividades profissionais do segurado.

Para sua importância, a seu devido respeito e cuidado, pois além de conter o registro da sua vida profissional, a garantia da conservação e validade de seus direitos como registrado e cidadão, permite a sua preservação para o futuro e de seus dependentes, tendo, ainda, também, como documento de identificação.

CONTROLEADA COM RECURSOS DO
SISTEMA DE APOIO AO TRABALHO

VISITE O PORTAL MTE 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
Assinatura do Titular




PROTOCOLO RECEBIDO
 25 JUN 2013
 TERNADO SOL ADV.
 INFORME SIES

QUALIFICAÇÃO CIVIL BRASILEIRO

JANERISON SILVA DA CUNHA

FILIAÇÃO: JOAO DA CUNHA
 MARIA FRANCISCA SILVA DA CUNHA
 SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 08/03/1984
 ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: NATAL - RN
 DOCUMENTO: R.G. 1964389 SSP RN 08/03/1988

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996
 CPF: 086.679.354-13 CNH: -

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

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME: _____

DOCUMENTO: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

1 - CASAMENTO - C - DIVÓRCIO - D - SEPARAÇÃO DE BENS - S -
 2 - ALTERAÇÃO DE NOME - A -
 3 - ALTERAÇÃO DE DATA DE NASCIMENTO - D -
 4 - ALTERAÇÃO DE LOCAL DE NASCIMENTO - L -
 5 - ALTERAÇÃO DE SEXO - S -
 6 - ALTERAÇÃO DE ESTADO CIVIL - E -
 7 - ALTERAÇÃO DE NATURALIDADE - N -
 8 - ALTERAÇÃO DE DOCUMENTO - D -
 9 - ALTERAÇÃO DE FOTOGRAFIA - F -
 0 - ALTERAÇÃO DE ASSINATURA - A -

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



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

INSO. ENYAMU, DO SUBST. T&D01T&R12

CNPJ
11.879.143/0001-31

NONPROFIT SOCIAL...

ELVIS MAICON DE LIMA SILVA

ENDEREÇO
0114 DA SOLIDARIEDADE SO

MUNICÍPIO
NATAL

ANAGNOSTO
NALLUIZA

CEP
59000-000

DATA DA EN15540

22/11/2013

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

15008 DA 94 H41 (CN)H41DA

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+PIS)	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 SEGURO	DESCUNTO	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	DIFERENCIAL D-SEM FREIO	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO UF	CONTATOS
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD.FRUP	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	QNTD	VALOR UNIT.	TOTAL	VENC.	VENC.	VENC.	VENC.	VENC.	VENC.	VENC.
089401890	JONNY MEET SUCL Versão NOVO - Marca BASHAN Tipo: CICLOMOTOR - Modelo JONNY MEET 30CC Comb.: GASOLINA - Ano Fab.: 2012 - Ano Cid.: 2013 Cassi: LKJXCBLMBE-101890 Motor: 139FMB14A0160L 49cc 4 Hp Cor: PRATA - Rotação: 1000000 NP Dgrem.: 6206 Especie: PASSAGEIROS Posterior: 2	07732020	200	5405	5405						

PROTOCOLO RECEBIDO

25 JUN 2013

GRUPO DO SOL ARM.

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 2321/91. VERIFICADO SEU TITULO A
LICENCIAMENTO JUNTO AO DETRAN/RN. USO OBRIGATORIO DE CNH E CAPACETE.
MOTOS: 105-114-174cc - 594cc 84cc 200 400 350 PEDIDO: VN-66 PRE-VENDA: 174 VENTIDOR: MANOEL TOLAR PTO: BY
FINANCEIRA CIA

DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA FOI VENDIDO COM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA AO BV FINANÇEIRA S/A

HESEYAUO DISCO

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

Desenvolvida por SIG-SF S



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>

Número do documento: 21020116243634800000062211680

Num. 64950369 - Pág. 77

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



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



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

INSO. FNTAMVA, DO SUBST. T8401TARIU

CNPJ
11.879.143/0001-31

FONZ/FAX
(86)8869-5683

ANAGNOSTO
NALLUIZA

CEP
54000-000

101 Y0 014 94104 24 8706 3113

HOPE DA SILVA / ENTREDA

PAGAMENTO A PRAZO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VAL. APROX. TRIBUTOS (IPI+T)	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 SEGURO	DESCUNTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.990,00

2-SEM PRETTE

MUNICIPAL

PLACA DO VEICULO: _____

CONTINUE

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

CÓD.FRIM.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	QNTD	CSF	CTOP	END.	GRANT.	VANITARIO	V.DISC.	V.TOTAL	BOLSON	V.LUIS	V.PT	ALIC. 108%	ALIC. 111%
JUALDA 069401890	JONNY MEET 50CL Versão NOVO Marca BASHAN Tipo: CICLOMOTOR Modelo JONNY MEET 50CC Comb GASOLINA Ano Fab. 2012 Ano Cuid. 2013 Chassi: LKJXCBLAMEB-101890 Motor : 137FMB14AD16DL 49cc 4 Hp Cor : PRATA Relacapt 1000000 NF Origem : 6206 Especie: PASSAGEIROS Potênciacv : 2	87732020	200	5405	SR		356				0,00	-0,00	-0,00	-0,00

PROTOCOLO
RECEBIDO

25 JUN 2013

FORÇA DO SOL ARM.

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
IMPOSTO RETIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA DE ACORDO DECRETO 23217-01. VENCIMENTO TO A
LICENCIAMENTO JUNTO AO DETRAN/RN. USO OBRIGATORIO DE CNH E CAPACETE.
MDS-108/6170434946844620910206 PEDIDO: VN-66 PRE-VENDA: 179 VENDEDOR: MANOEL TULIA NETO: BY
FINANCEIRA S/A

DECLARAMOS PARA FINS DE LICENCIAMENTO E/OU CERTIFICADO DE PROPRIEDADE, QUE O VEÍCULO ACIMA FOI VENDIDO COM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA AO BV FINANÇEIRA S/A

HERBERT A. WISCO

11.879.143/0001-31

ADRIANO E CARLOS MOTOS LTDA

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

NatalRN

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

Desenvolvida por SIG-SF S



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 01/02/2021 16:24:36

<https://pje1g.tjrj.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020116243634800000062211680>

Número do documento: 21020116243634800000062211680

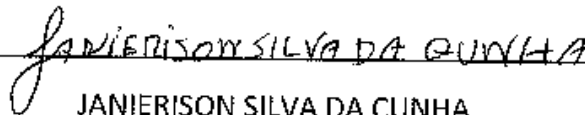
Num. 64950369 - Pág. 80

SOLICITAÇÃO DE REANALISE.

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

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

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



JANIERISON SILVA DA CUNHA

CPF: 096.879.354-13

Natal/Rn 18/09/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA COMINUTIVA DA DIÁFISE DO 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
ITEP e do CPF: 09687935413 residente no(a)
RUA DA SOLIDARIDADE 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 ITEP e do CPF: 072.543.534-83, residente
no(a) RUA ENFERMEIRO JOÃO CORREIA DA SILVA nº 247, bairro: AREIA PRETA, município:
NATAL /RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

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

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

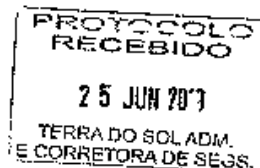


Natal, 25/06/2019

Local e Data

JANIERISON SILVA DA CUNHA

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214074/19
Vítima: JANIERISON SILVA DA CUNHA
CPF: 096.879.354-13
CPF de: Próprio
Data do acidente: 05/01/2019
Titular do CPF: JANIERISON SILVA DA CUNHA
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

TACIO EWERTON DA SILVA : 072.543.534-83

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

JANIERISON SILVA DA CUNHA : 096.879.354-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

TACIO EWERTON DA SILVA

THIARA VIRGINIA DA HORA

