

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320006350801

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AGUINALDO SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00614

CONTA: 000010025947

Número da Autenticação

9B2AEDF5FDE6C462

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063508

Cidade: Nova Cruz

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AGUINALDO SOARES

Data do acidente: 01/09/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE RÁDIO E CLAVÍCULA ESQUERDA (PAG.01.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSÍNTESE) (PAG.16.20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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 um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Agivaldo Soares, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Agricultor, Data do Acidente: 01.09.2019
Cobertura Invalidiz, portador(a) do RG 3.399.801, órgão expedidor
SSPRN e do CPF: 125.073.918-71 residente no(a)
Deputado Marcio Marinho nº 361
bairro: Centro, município: Passa e Fica / RN.

OUTORGADO:

Nome: Francisco de Assis Soares de Melo, brasileiro(a)
estado civil: casado, Profissão: Agricultor, portador(a) do RG
897.371, órgão expedidor SSPRN e do CPF: 651.617.694-91 residente
no(a) Deputado Marcio Marinho nº 361
bairro: Centro, município: Passa e Fica / 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.

Nova Cruz RN 31.01.2020

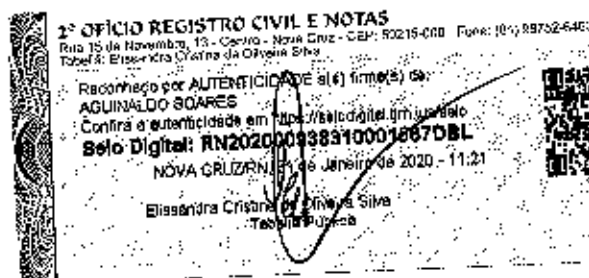
Local e Data



Agivaldo Soares

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051755/20

Vítima: AGUINALDO SOARES

CPF: 125.073.918-71

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 01/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AGUINALDO SOARES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE MELO : 651.617.694-91

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

AGUINALDO SOARES : 125.073.918-71

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/02/2020
Nome: FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE MELO
CPF: 651.617.694-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE MELO

GERCIA LOURENCO DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063508

Cidade: Nova Cruz

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: AGUINALDO SOARES

Data do acidente: 01/09/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DE RÁDIO E CLAVÍCULA ESQUERDA (PAG.01.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSÍNTESE) (PAG.16.20)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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 um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200063508

Vítima: AGUINALDO SOARES

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO DE ASSIS SOARES DE MELO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AGUINALDO SOARES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **AGUINALDO SOARES**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **001**

Agência: **000000614-9**

Conta: **000010025947-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



DECLARAÇÃO

Eu Aguinaldo Soares portador
do RG: 03.399.801 SSP/RN CPF: 425.073.918-71
reclamante do SEGURO DPVAT, venho através dessa declaração informar e comunica
que não tenho mas nenhuma documentação Medica Hospitalar, só a que já consta no
pleito do meu processo que são a
entrada Secretaria Municipal de Anna de São Bento
Hospital Monsenhor Walfrado Gungel
Hospital Memorial

Que demonstra e menciona as sequelas que tenho e as dificuldade que fiquei devido ao
acidente de Transito no dia 01/09/19 por isso peço a análise da
minha documentação, no qual estou precisando e necessitando, da Indenização para
ajuda nas lesões sofridas, no qual ainda estou com sequelas pois em verdade só
posso essas documentação medica, e que não tenho mas nenhum tipo de
documentação a mais hospitalar só a que está no pleito do meu processo.

NOVA CRUZ/RN 03 DE Febrero DE 2020

Aguinaldo Soares

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011575892140
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
20140100017408 - EXERCÍCIO
1 0056837575-0 00/00000000 2013

NOME
JOSE JOAB DO NASCIMENTO

CPE / CNPJ
04347725426

PLACA
0FY2999/PB

MODELO
NVO

RE: 9C2HR0210DR452994

VEÍCULO / MODELO
HONDA / POP100

ANO FAB. / ANO LIC.
2013 / 2013

2 P/97 /CL

PARTIC. VERMELHA

IPVA PAGO EM

22/07/2013

EM QUELEVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PROCREVTO

SEGURO

P A G O

13/09/2013

A.F. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA

CAMPINA GRANDE - PB

22/07/2013

11805

13714

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

PB Nº 011575892140 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 027 1204

EXERCÍCIO / DATA EMISSÃO
2013 / 22/07/2013

CPE / CNPJ
04347725426

PLACA
0FY2999/PB

REGISTRO
00568375750

MARCA / MODELO
HONDA / POP100

ANO FAB.

2013

9

9C2HR0210DR452994

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO

P A G O

PARCELADO

13/09/2013

SEGURADORA LIDEN - DPVAT

CNPJ 05.238.007/0001-04

www.seguradoraleden.com.br

13714-1036424-20140722

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
3.120.801 16.04.2010
AGINALDO SOARES
Mamei Soares Laurindo
Francisca Pequeno da Silva
Soares
Pared e Pica/RN 21.11.1958
C/Mess. 47.548 Liv. A-46 PIS. 145
04 Cart. de Nova Cruz/RN
135.07.913-71 PIS 12441979916
A. Soares
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

VITIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
A. Soares
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

Aguinaldo Soares,

Estado de Pernambuco

Paciente vítima de
acidente de moto dia 01-09-19,
com fratura de antebraço e clavícula
submetido a trat cirúrgico.

Atualmente refere dor nas articulações
e distúrbios flexão e rotação
de antebraço e.

CID S92 - T92.

Manoel L. Fonseca
CRM, 1642
CPF: 108.629.214-20

31.01.2020

ORTOMED

Av. Senador Salgado Filho, 66, Potilândia,
Natal/RN - Fone: 84 3231.0005 / 3206.1002

Clínica
M&E

Av. Prudente de Moraes, 1178, loja 5, Shop Mall,
Lagoa Nova, Natal/RN - Fone: 84 2020.9151

CLIN ORT
A SUA CLÍNICA NA ZONA NORTE

Av. Dr. João Medeiros Filho, 500, Igapó
Natal/RN - Fone: 84 3674.8113



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 45218 /2019
Admissão: 01/09/2019 22:56:51

CIRURGIA GERAL - VERDE

111

paciente: **141738 - AGUINALDO SOARES** (50 a 9 m 10 d)
 Nascimento: 21/11/1968 Natural: PASSA E FICA, BRASIL Sexo: M Cor: PARDA
 NS: 700201999951830 CPF: 12507391871 Prof:
 Mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA Pai: MANOEL SOARES SOBRINHO
 Endereçador: DEPUTADO MARCIO MARINHO 631 Cidade: PASSA E FICA
 CEP: 58218000 Bairro: SAO PEDRO
 Telefone: 84 987273389 Compl:

Evento: MOTO X MOTO - COLISÃO
 Origem: AMBUL. INTERIOR

Fluxograma:

Obs: REGULADO COM DR PEDRO

TIPO REFERENCIADO
 CONFIRMADO
 N.º Discriminador: 02/140119
 MAT. Nº: 1510793
 Classificação: SAME
 01/09/2019 22:57:42
 ASSINATURA

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FlO2	FR.	TEMP	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: QUEDA DE MOTO/ TRAUMA EM MIE E MSE
 História: Paciente vítima de queda de moto, com capacete. Neg. TEE, trauma torácico, trauma abdominal, perda de consciência, náusea e vômitos. Neg. dor torácica e abdominal. Trajido pela ambulância do município sem imobilização.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A VAP, neg. hemicoriza, sem color. conjugal
- B Espúrios em ar ambiente.
- C Estável hemodinamicamente.
- D Glasgow 15
- E Extrem. fechada em MSE; hematóis em MIE.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

ABD - Glóso, fls. indolor
 Auscúis: estúris.

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Queda de moto

01/09/19 22:42
 Francisco

DE FÍSICO

ESSÃO DIAGNÓSTICA

ES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

UTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONFERE COM ORIGINAL
 NATAL. 02/10/19
 MAT. Nº. 1520881
 SAME
 ASSINATURA

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

TIPO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

ADMISSÃO NA CLÍNICA:

Ortopedia

DATA: 02/10/19

HORA:

DATA: / /

HORA:

Atendida Médica

À Revelia

Transferido para:

DATA: / /

HORA:

Atendida à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

Dr. Jussara M. de Almeida
 Ortopedista e Traumatologista
 Cirurgião de Quadril e Joelho
 CRM-SP 1520881-1
 R.O.B. 1573

Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

TIPO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

ADMISSÃO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

DATA: / /

HORA:

Atendida Médica

À Revelia

Transferido para:

DATA: / /

HORA:

Atendida à família

com Atestado

S.V.O.

I.T.E.P.

B
C
D
E

A (ALÉRGICAS)

M (MEDICAÇÃO EM USO)

P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L (LÍQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

RX ombro E → AP/Popl
RX abd → AP
RX joelho E → AP/Colapso
RX joelho E → AP/Popl

RX joelho E → AP
RX joelho E → AP/Popl

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

História

Paciente vítima de acidente automobilístico
Foi levado ao hospital por E. após E.
e sofreu C. Sofrete no abdome
expulso de um veículo exposto a ul. 10 km

Cirurgia Geral
Paciente expulso para a unidade
e a vítima. A. da unidade de emergência
CRM 5782
T. Médico (RMZ)

- efalotima E.V.
Ao CCP / tratamento expulso de veículo

Dr. André Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15731

Dr. Wilson W. de Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Aparelho da Mão
CRM 15731
RQE 2973

ASSINATURA E CARRUBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARRUBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE: DATA / / HORA

INTERNAR NA CLÍNICA:

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

COSTO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () I.T.E.P



ESTADO GRANDE DO NORTE
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SERRA DE SÃO BENTO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

M/ Aquinaldo Soares ..

Encaminha ao Hospital
 Walfredo Gungel
 Dr Pedro Flávio
 (Cirurgião Geral)

Paciente, 59 anos, vítima de acidente de Motocicleta apresentando possível fratura em região proximal do antebraço (E) associado a ferimentos abertos em antebraço (E) em região proximal da perna (E) e dorso do pé (E). Glasgow 15, agnóstico ao ambiente; Consciente, orientado.

Solicito avaliação ao
 Cirurgião Geral .. 03/09/14

UNIDADE MISTA DE SAÚDE SENHORINHA RODRIGUES
 RUA SEVERINO BELMONT, S/N - SERRA DE SÃO BENTO/RN

CONFÉRENCIA CONTÁBIL
DATA: 02/10/14
VALOR: 1520,843
SANE
07

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO G JR GEL
Admissão de Internamento Hospitalar

Nº FIA: 8297 /2019

Prontuário: 1188518

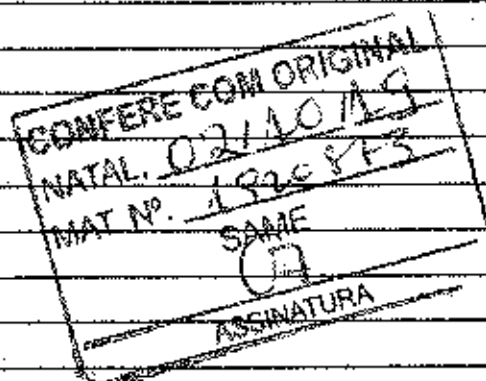
Paciente: 141738 - AGUINALDO SOARES
Cartão SUS: 700201999951630 CPF: 12507391871 Dt Nasc: 21/11/1968
Idade: 50 anos 9 meses 11 dias Sexo: M Etnia: PARDA Estado Civil: NÃO INFORMADO
Nome da mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA
Nome do pai: MANOEL SOARES SOBRINHO
Rua/Av: DEPUTADO MARCIO MARINHO Nº: 631
Complemento: Bairro: SAO PEDRO
CEP: 59218000 Cidade: PASSA E FICA
Telefone: 84 987273389 84 987273389 Unidade: PS - ORTOPEDIA Leito: 1013
Especialidade: ORTOPEDICA
Responsável: AGUINALDO SOARES -
Usuário: FRANCISCO DE ASSIS MORAIS QUEIROZ

Admissão: 02/09/2019 01:54:38 Alta: Óbito: Dias de permanência:

DIAGNÓSTICO INICIAL: S52.3 - FRATURA DA DIAFISE DO RADIO
08020423 -

DIAGNÓSTICO FINAL:

RESUMO DE ALTA



NATAL, 02 de Setembro de 2019.

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM



IDENTIFICAÇÃO

Nome: Aguiar da Soares Reg. Nº _____
 Diagnóstico pré-operatório: Fratura exposta de osso do antebraço, E
 Indicação terapêutica: limpeza + desbridamento + redução () Eletiva ()

INTERVENÇÃO

Data: 02/09/19 Início: _____ Término: _____
 Operador: Amaro Alves
 1º Auxiliar: _____
 2º Auxiliar: _____
 Instrumentador: _____
 Anestesiista: _____

CONFERE COM ORIGINAL
 CRM/CRO: 120116
 NATAL
 CRM/CRO: 520813
 MAT. Nº _____
 CRM/CRO: 34116
 ASSINATURA

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Paciente em DDT sob antebraço
 abdômen de MIE e UEE
 aspirado + anti sepsis + curativo
 abridura de ferimento em MIE exposta/ortuária.
 abridura de furo de falange
 limpeza extensa de EF
 desbridamento de tecido desvitalizado
 fechamento p. plást
 Curativo + Tala ortopédica

AMARO ALVES
 CRM 520813
 02/09/19

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

05:11

SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Instituição: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: 141738 AGUINALDO SOARES
RG: 700201999951630
Mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA
Endereço: RUA DEPUTADO MARCIO MARINHO, 631 - SAO PEDRO - PASSA E FICA
Município: PASSA E FICA

Nascimento: 21/11/1968
Pal: MANOEL SOARES SOBRINHO
Código Municipal IBGE: 240910 UF: RN

Sexo: Masculino
Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 987273389 /
CEP: 59218-000

Indicação de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 23591 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
ACIDENTE MOTOCICLISTICO
FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL. 02/10/19
MAT. Nº. 1520843
SAME
ASSINATURA

Diagnóstico Principal e Procedimento Solicitado:

S52.3 FRATURA DA DIAFISE DO RÁDIO*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS O

Precisa de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?

ANTEBRAÇO, FX:2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes Hipertensão Obesidade

Faz Antibióticoterapia
 Lesão por pressão Usa Fixador Externo

Jr. Judson W. Verissimo de Azevedo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Quadril e Pelve
CRM-RN: 6892 - TECT 14819
RQE 2973

Profissional Solicitante / Assistente:

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

CRM: 5892 / RN

Data da Solicitação 02/09/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho
() Acidente de Trabalho Típico
() Acidente de Trabalho Trajeto

CNPJ da Seguradora: _____
CNPJ da Empresa: _____

Nº do bilhete: _____ Série: _____
CNAE da Emp.: _____ CBOR: _____

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: _____ Orgão Emissor: _____

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

Número da Autorização: _____



Aguinaldo da Soares

Idade:

Nº Registro:

HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO ADMISSIONAIS

22/08/19
05:15

Hora:

Ortopedia

Fração Exame de osso do antebraço e
fechamento em Placa (13 parafusos) e dreno de Pe e
keto ampa p/ limpeza de ferida
e antibioticop + sutura de ferimento.

ANEXO 1
CRM 5080

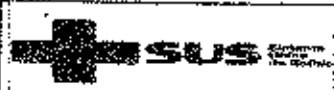
CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 02/10/19
MAT. Nº 150873
SANE
ASSINATURA



ZANCA

Paciente: AGUINALDO SOARES
HOSPITAL NONSSENOR WILFREDO GURGEL

Foto: ABRAMO
Clavio, L. A. D.



Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do estabelecimento de Saúde		LEITO	FIA	Nº DO PRONTUÁRIO
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS		118	1.463	8.318
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		CNES:		
Identificação do Paciente		DATA DE ADMISSÃO		
NOME DO PACIENTE AGUINALDO SOARES		03/11/2019		
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	DATA DE NASCIMENTO	IDADE	SEXO	RAÇA/COR
700.201.999.951.630	21/11/1968	50	M	P
NOME DA MÃE		TELEFONE DE CONTATO/ Nº DO TELEFONE		
FRANCISCA PEQUENO DA SILVA SOARES		98796-0986		
NOME DO RESPONSÁVEL				
JOÃO BATISTA SOARES DE LIMA		98896-0448		
ENDEREÇO, RUA, Nº, BAIRRO				
RUA: DEP. MARCIO MARINHO, Nº 361 - SÃO PEDRO				
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		UF	CEP	
PASSA E FICA		RN	59.218-000	
IDENTIDADE	ORGÃO EMISSOR	CPF	COR	
3.399.801		125.073.918-71		
RELIGIAO		PROFISSAO	ESTADO CIVIL	
CATÓLICO		AGRICULTOR	SOLTEIRO	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
Anamnese de nota de 10 dias com fatura de clivagem veno pl. hiper-convulsa				
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO				
Clivagem ortopedica				
PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)				
Raio x				
DIAGNÓSTICO INICIAL		CID 10 PRINCIPAL	CID 10 SECUNDÁRIO	
Retorno clivagem				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
internamento hospitalar				
29. CLÍNICA	30. CARÁTER DA INTERNAÇÃO	32. DOCUMENTO () CNS () CPF	32. Nº DOC. (CNS/CPF) PROF. SOLICIT. /ASSISTENTE	
Ortopedia	Eleito		612380.04385	
33. NOME DO PROF. SOLICITANTE/ ASSISTENTE		34. DATA DA SOLICITAÇÃO	35. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
Jehiel C. S. Leite		31/11/19	Fabrício de Freitas Medica CRM-RN 5377	
46. NOME DO PROF. AUTORIZADOR		47. C.O.C. ORGÃO EMISSOR	52. Nº AUTORIZAÇÃO INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
DRº ROBSON ALENCAR				
48. DOCUMENTO () CNS () CPF		49. Nº DOC. (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
50. DATA DA AUTORIZAÇÃO		51. ASSIN. E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)		
/ /				

12-11-19

Nome: Ala Wilson Lima
 Urgia: Urgência Médica de Urdubio
 Urgião: Deuilar
 Foto: _____

04.08010.150
 2da 5420

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)



SUS Ministério de Saúde

Identificação do estabelecimento de Saúde

1. NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2-CNES _____

3. NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4-CNES _____

Identificação do Paciente

5. NOME DO PACIENTE: Ala Wilson Lima 6. Nº DO PRONTUÁRIO _____

7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNES) _____ 8. DATA DE NASCIMENTO: 1/1/19 9. SEXO: MASC. FEM.

10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ 11. TELEFONE DE CONTATO: _____ DDD () _____

12. ENDEREÇO(RUA, Nº, BAIRRO) _____

13. MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 14. COD. IBGE MUNICÍPIO _____ 15. UF _____ 16. CEP: _____

17. NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR(AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-ANTERIOR _____ 19. COD. DO PROCEDIMENTO-ANTERIOR _____

20. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO-MUDANÇA _____ 21. COD. DO PROCEDIMENTO-MUDANÇA _____

22. DIAGNÓSTICO INICIAL: Embrião dividido 23. CID 10 PRINCIPAL _____ 24. CID 10 SECUNDÁRIO _____ 25. CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: Intubação orotraqueal com fio de guia 27. COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____

28. SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III

29. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 30. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 31. QTD _____

32. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 33. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 34. QTD _____

35. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 36. COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 37. QTD _____

38. JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Intubação orotraqueal com fio de guia

PROFISSIONAL SOLICITANTE

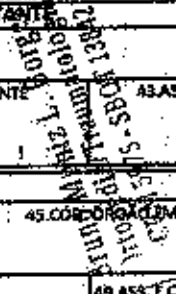
39. NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 40. DATA DA SOLICITAÇÃO: 09/11/19

41. DOCUMENTO: CNS CPF _____ 42. Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 43. ASS. E CARIMBO(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

AUTORIZAÇÃO

44. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____ 45. COD. DO ACESSOR _____ 46. DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____

47. DOCUMENTO: CNS CPF _____ 48. Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 49. ASS. E CARIMBO(Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____





BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Abel. v. dos Santos Reg. _____

Diagnóstico pré-operatório: problema de cálculo

Indicação terapêutica: intubação

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Dr. G. B. G. G.

1º Auxiliar: Bruno

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesiista: _____

RELATO DA INTERVENÇÃO

Via De Acesso - Incisão - Aspectos Nos Órgão E Lesões Encontradas - Técnicas Empregadas e Descrição Dos Processos - Ligaduras E Sutures Empregadas - Drenagem - Curativos
Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.

Handwritten text describing the surgical procedure, including details of the incision, findings, and techniques used.

Handwritten signature and stamp of Bruno Almeida L. Borges, with identification number RIM 3978 / SPOT 18449.



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS

AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: Admiral: Soares SEXO M

REGISTRO _____ IDADE: _____ DIAGNÓSTICO _____

CIRURGIA PROPOSTA: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

() HAS (X) DM () IRC () HEMODIÁLISE () IAM () ARRITMIAS () ASMA/DPOC () AVE

() ALERGIAS _____ () TRANSFUSÃO PRÉVIA () CIRURGIAS _____

() OUTROS Uso regular de Clopidogrel

MEDICAÇÕES EM USO (VERIFICAR TEMPO DE SUSPENSÃO DOS ANTI-PLAQUETÁRIOS E ANTICOAGULANTES)

() AAS () CLOPIDOGREL () HEPARINA () WARFARINA () CILOSTAZOL

ANTI-HIPERTENSIVOS: Captopril

OUTROS: _____

EXAME FÍSICO

PESO _____ Kg ALTURA _____ m PA _____ x _____ mmHg FC _____ bpm FR _____ irpm

() VIGIL () NÃO-CONTACTUANTE () ORIENTADO () DESORIENTADO

() CORADO () HIPOCORADO () EUPNEICO () DISPNEICO SatO2 _____ %

AP. CARDIOVASCULAR: _____

AP. RESPIRATÓRIO: _____

MALLAMPATI _____ () ESTIGMAS DE VIA AÉREA DIFÍCIL _____

() DEFORMIDADES NA COLUNA () OUTROS _____

AVALIAÇÕES E EXAMES LABORATORIAIS

HB/HTC _____ LEUCÓCITOS _____ PLAQ _____ GLICEMIA _____ CREAT _____

TAP/INR _____ TTPA/R _____ Na⁺ _____ K⁺ _____ OUTROS _____

E.C.G.: _____ RX DE TÓRAX _____

RISCO CIRÚRGICO: _____

ASA II () EMERGÊNCIA () RESERVA DE UTI () RESERVA DE HEMODERIVADOS

TÉCNICA ANESTÉSICA PROPOSTA: Diagnóstico e plano anestésico + sedação

Handwritten signature and stamp

NATAL, 04/09/11

ANESTESIOLOGISTA (CARIMBO E ASSINATURA)

MELIA ALBUQUERQUE

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA ESTADUAL DE SAUDE PUBLICA
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY REBEIRA DOS SANTOS



PACIENTE: AGUINALDO SOARES
LEITO: 118 DATA: 03/11/2019

EVOLUÇÃO MÉDICA

LEITO	DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA
1	03/11/2019	Admissão Hospital de emergência
2	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
3	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
5	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
6	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
7	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
8	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
9	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
10	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
11	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
12	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
13	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
14	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
15	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
16	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
17	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
18	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
19	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
20	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
21	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
22	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
23	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
24	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
25	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
26	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
27	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise
28	03/11/2019	paciente com quadro de insuficiência renal crônica em fase de diálise

Fabíola C. Soares de Freitas
Médica
CRM-RN 5377

Fabíola C. Soares de Freitas
Médica
CRM-RN 5377

CONTINUA NO VERSO

nome: Aquinaldo Soares 1.149

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RN
HOSPITAL ESTADUAL DR. RUY PEREIRA DOS SANTOS
SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO VIA SISREG

NOME DO PACIENTE: Aquinaldo Soares
CARTÃO SUS: 700 2019 2295 1630
IDADE: 50 R PROCEDENCIA: POSSA e HCE RN
TELEFONE DE CONTATO: 987 96-09 86 / 98796-0948

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

CID PRINCIPAL: S42.1
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: Fx de 1/3 mênbr. de
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS: clavícula
Dor a tração

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM INTERNAÇÃO: Necessidade de cirurgia

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS: Rx

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Artroscopia de clavícula (E)

CÓDIGO PROCEDIMENTO: _____

Natal, 09/10 de 20 19

MÉDICO SOLICITANTE
Dr. Diego Freitas Cruz
Ortopedia / Traumatologia e Cirurgia
CRM-RN: 10024 / 12071648



BOLETIM OPERATÓRIO

Nome: Abelardo Soares Reg. _____

Diagnóstico pré-operatório: Pródigo de Clavícula

Indicação terapêutica: Intubação

INTERVENÇÃO

Início: _____ Fim: _____ Duração: _____

Operador: Orlando

1º Auxiliar: Bruno

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesiista: _____

RELATO DA INTERVENÇÃO

Via De Acesso - Incisão - Aspectos Nos Órgão E Lesões Encontradas - Técnicas Empregadas e Descrição Dos Processos - Ligaduras E Sutures Empregadas - Drenagem - Curativos
Diagnóstico Operatório - Prognóstico Operatório - Obs.

*Pródigo de clavícula
A 5.500 cm de altura
A 4.000 cm de largura
Pródigo de clavícula
Pródigo de clavícula
Pródigo de clavícula*

*Bruno Soares
R. 5918 - SDO/RS/RS
R. 5918 - SDO/RS/RS*

FICHA DE MATERIAL DE CONSUMO

Medicações		Materiais		Fios	
Descrição	Quant.	Descrição	Quant.	Descrição	C
Neocafina Pesada		Cervão ativado		Algodão sem agulha nº	
Efliefrina		Ac.Graços essenciais (AGE)		Algodão sem agulha nº	
ABD 10ml		Sulfadiazina de prata	ml	Algodão com agulha nº	
Xylocaina S/V		Agulha Raqui Nº		Algodão com agulha nº	
Xylocaina C/V		Agulha Epidural Nº		Catgut simples nº	
Xylocaina GEL		Álcool 70%	ml	Catgut cromado nº	
Morfina 0,2mg		Cloroxidina Degermante	ml	Mononylon nº	
Fentanil 50mcg/ml - 2ml		Cloroxidina Aquosa	ml	Mononylon nº	
Fentanil 50 mcg/ml - 10ml		Cloroxidina Alcoólica	ml	Prolene nº	
Midazolam 15mg/3ml		PVPI Degermante	ml	Prolene nº	
Midazolam 50mg/10ml		PVPI Tintura	ml	Vicryl nº	
Bupivacaina		PVPI Tópico	ml	Vicryl nº	
Ropivacaina		Esparradrapo	cm	Cera óssea	
Propofol 10mg/ml		Compressa (Pacote)		Fita cardíaca	
Sevofluorano 250ml		Gazes (Pacote)			
Flumazenil 0,3mg/ml		Crepom (Pacote)			
Narcan 0,9mg/ml		Eletrodos			
Alfentanila 0,554mg/ml		Atadura GESSADA		MATERIAL ORTOPEdia	
Ceramline 50 mg/ml - 10ml		Algodão cirúrgico (Pacote)		Fio de Kirschner nº	
Diazepam 5mg/ml		Equipo Macrogotas		Fio de Carclagem	
Etomidato 5mg/ml		Equipo Hemoderivados		Placa RCP larga 4,5nº	
Tramadol 50mg/ml		Pullfit		Placa RCP estreita 3,5 nº	
Ampicilil 25mg/5ml		Jelco Nº		Peca 1/3 tubular nº	
Hajoperidol 5mg/ml		Luva Estéril Nº 7,0			
Atracúrio EV		Luva Estéril Nº 7,5		Placa em T	
Pancurônio EV		Luva Estéril Nº 8,0		Parafuso cortical (3,5) nº	
Rocurônio EV		Luva de Procedimento (PAR)		Parafuso cortical (3,5) nº	
Glicose 50%		Lamina de Bisturi Nº		Parafuso cortical (3,5) nº	
Soro Glicosado ml		Agulha 13 x 4,5		Parafuso cortical (4,5) nº	
Soro Fisiológico ml		Agulha 15x7		Parafuso cortical (4,5) nº	
Ringer Simples 500ml		Agulha 28x7		Parafuso cortical (4,5) nº	
Ringer Lactato 500ml		Agulha 40x12			
Captopril 25mg		Seringa 01ml			
Captopril 50mg		Seringa 03ml		EQUIPAMENTOS	
Furosemida EV		Seringa 05ml		Aspirador	
Hidralazina EV		Seringa 10ml		Bisturi elétrico	
Ranitidina EV		Seringa 20ml		Intensificador de imagem	
Ondassatrons EV		Serra de Gigli		Monitor Multiparamétrico	
Plavil EV		Gel de Placa	gramas	Oxímetro de pulso portátil	
Dexametasona EV		Escova de Degermação			
Diplona EV		Gorro descartável			
Tenoxicam EV		Máscara cirúrgica descartável			
Diclofanaco de sódio IM		Pró-pé descartável			
Hidrocolóide gel ()	gramas	TOT nº			
Alginato de cálcio - PLACA		Cânula de Traqueostomia nº			
Alginato de cálcio com Ag - PLACA		Intracath nº			

SALA OPERATÓRIA

Horário: 08:30 H
 TA: 144/88 mmHg FC: 110 bpm SPO2: 100 %

Anestesia: ()SIM ()NÃO TIPO: _____

Realizado degermação: ()SIM ()NÃO Local: _____

Realizado tricotomia: ()SIM ()NÃO Local: _____

Início da Anestesia: 08:35 H Término: 09:30 H

Início da Cirurgia: 08:45 H Término: 09:45 H

Administrado Antibiótico: ()SIM ()NÃO QUAIS: _____

Administrado outras medicações: ()SIM ()NÃO QUAIS: _____

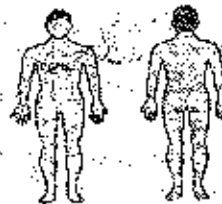
Hemotransfusão: ()SIM ()NÃO Tipo: _____ Quantidade: _____ ml Nº de Bolsas: _____

Conferido Caixa Cirúrgica: ()SIM ()NÃO Tipo: _____ Avisos: _____

Utilizado Psicotrópicos: ()SIM ()NÃO QUAIS: _____

Paciente encaminhado para: ()URPA ()UTI ()LEITO EM: ()Ar ambiente ()MV % ()C.Nasal ()TOT ()TOT ()Macro NE

Horário encaminhamento: 09:35 H Ass: _____ COREN RN: _____



OBSERVAÇÃO:

Hospital Memorial
RUA ESCO

Hospital Memorial de Natal

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

108A
E L

FICHA DE INTERNAMENTO

Data: 17/09/2019 08:55

Paciente: **AGUINALDO SOARES** Registro: 139456
RG: 3399801 CPF: 125.073.818-71 Nascimento: 21/11/1968 51 anos Sexo: Masculino Est.Civil: Solteiro(a)
Endereço: **DEPUTADO MARCIO MARINHO** N.: 361 Bairro: **CENTRO**
Cidade: **PASSA E FICA** UF: RN CEP: 59218000 Fone: 84988349818
Profissão: **AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT** Mãe: **FRANCISCA PEQUENO DA SILVA**

Dados do Internamento

Admissão: 17/09/2019 8:54 Entrada: 17/09/2019 8:54 Previsão saída: 19/09/2019 11:00 Atendente: JAISIAK
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: 700201999951630
Médico: **Dr HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: 5500 **LEITO RESERVA 07**

Dados do Responsável

Responsável: CPF: RG:

Termo de Responsabilidade

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

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

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

Autorizo a liberação da documentação do meu caso médico, através de fotografia, ou de exames gráficos e 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: [X] Paciente [] Responsável

X Aguinaldo Soares 27/11/19
Centro

Observações
PACIENTE COM 1 RX

Dados do Paciente

Paciente: **AGUINALDO SOARES** Registro: **139456**
Num. RG: **3389801** CPF: **125.073.918-71** Nascimento: **21/11/1968** - 51 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **DEPUTADO MARCIO MARINHO** N.: **361** Bairro: **CENTRO**
Cidade: **PASSA E FICA** UF: **RN** CEP: **59218000** Fone: **8498834881E**
Profissão: **AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT** Mãe: **FRANCISCA PEQUENO DA SILVA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **17/09/2019 8:54** Previsão saída: **19/09/2019 11:00** Atendente: **JAISIAK**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700201999951630**
Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500**

LEITO RESERVA 07

Dados do Responsável

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

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

- 1 - Autorizo o(a) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA a realizar o seguinte procedimento, tratamento ou cirurgia: S8304 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS
- 2 - O(A) Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA, explicou-me claramente a proposta do tratamento, procedimento a qual serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
- 3 - Autorizo qualquer outro procedimento / tratamento, incluindo transfusão de sangue, em situações imprevista que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente proposto.

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

Aginaldo Soares

Assinatura: [] Paciente: [] Responsável:

DEVE SER PREENCHIDO PELO MÉDICO

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

Assumo a responsabilidade pelo procedimento a que será submetido.

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA - CRM 5500

FICHA DE INTERNAMENTO

Dados do Paciente

Paciente: **AGUINALDO SOARES** Registro: **139456**
Num. RG: **3399801** CPF: **128.073.918-71** Nascimento: **21/11/1968** 51 anos Sexo: **Masculino** Est. Civil: **Solteiro(a)**
Endereço: **DEPUTADO MARCIO MARINHO** N.: **361** Bairro: **CENTRO**
Cidade: **PASSA E FICA** UF: **RN** CEP: **58218000** Fone: **84989340818**
Profissão: **AGRICULTOR FAMILIAR POLIVALENT** Mãe: **FRANCISCA PEQUENO DA SILVA**

Dados do Internamento

Num. Internamento: **1** Entrada: **17/09/2019 8:54** Previsão saída: **19/09/2019 11:00** Atendente: **JAISIAK**
Convênio: **SUS ESTADUAL** Matrícula/CNS: **700201999951630**
Médico: **Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA** CRM: **5500** **LEITO RESERVA 07**

Termo de Responsabilidade

Data/Hora Alta: _____ Motivo: _____

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

Doc. Apresentado: _____ Diagnóstico Definitivo: _____

Procedência: _____

História da Doença atual: _____

Interrogatório sobre diversos aparelhos: _____

Antecedentes pessoais: _____

Antecedentes familiares: _____

Estado geral: _____

Ap. Cardiorespiratórios: _____

Ap. digestivo: _____

Ap. Locomotor e Neurológico: _____

Ap. Urinário e Ginecológico: _____

Impressão geral: _____

Conduta: _____

Código Solicitação: 306648319

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE**Unidade Solicitante:**

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Unidade Executante:

HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro

AV SENADOR SALGADO FILHO - S/N -- TIROL

Central Reguladora

NATAL

Data de Solicitação

16/09/2019 - 14:03:17

Data de Autorização

16/09/2019 - 14:23:19

Data de Reserva

22.09.2019

Data Prevista de Alta

23.09.2019

CNES:

2653923

CNES:

2653923

Município Executante

NATAL

Operador:

019877364-19MARILENE

Operador:

ADRIANOMAGNO

DADOS DO PACIENTE**CNS:**

700201999951630

Nome do Paciente

AGUINALDO SOARES

Nome da Mãe

FRANCISCA PEQUENO DA SILVA SOARES

Sexo:

MASCULINO

Data de Nascimento:

21/11/1968 (50 anos)

Tipo Logradouro:

SÍTIO

Número:

S/N

País de Residência:

BRASIL

Telefone(s):

(84) 8857-6699 (Exibir Lista Detalhada)

Nome Social/Apelido:

Naturalidade:

PASSA E FICA - RN

Raça:

BRANCA

Tipo Sanguíneo:

Logradouro:

PANELAS

Bairro:

ZONA RURAL

Município de Residência:

SERRA DE SAO BENTO

Complemento:

CASA

CEP:

59214-000

UF:

RN

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

48594302434

Diagnóstico Inicial - CID:

S523 - FRATURA DA DIÁFISE DO RÁDIO

Caráter

11 - Urgência

Clínica:

ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Procedimento Solicitado:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAPISARIA ÚNICA DO RÁDIO / DA ULNA 0408020431

Nome do Médico Solicitante:

MARCONI MEDEIROS BRANDAO

Status da Solicitação:

APROVADA

Classificação de Risco

Prioridade 0 - Emergência, necessidade de atendimento imediato

Clínica Complementar:

Nenhuma

Código:

0408020431

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

PACIENTE SOFREU TRAUMA NO RÁDIO CAUSANDO FRATURA . FEITO IMOBILIZAÇÃO/td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

EXAME FICIO E RAIO X

Condições que Justificam a Internação:

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PARACON**Motivo de Impedimento do Regulador:**

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

16.09.2019 - 14:03:17

Data da Extração dos Dados: 16/09/2019 23:50:18

SUS

Laudo para Solicitação de Autorização de Internação Hospitalar

Phonix Uno Case 2/14

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
Executante: O solicitante ou

CNES: 2653923
CNES:

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: **141738 AGUIBALDO SOARES**
CNS: 700201999951630 Nascimento: 21/11/1968 Sexo: Masculino
Mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA Pai: MANOEL SOARES SOBRINHO
Endereço: RUA DEPUTADO MARCIO MARINHO, 631 - SAO PEDRO - PASSA E FICA
Município: PASSA E FICA Código Municipal IBGE: 240910 UF: RN

Prontuário:
Cor: PARDA
Fone: 987273389 /
CEP: 59218-000

Clinica de Acompanhamento: ORTOPEDIA Laudo Nº 23591 / 2019

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
ACIDENTE MOTOCICLISTICO
FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

*988349818
986343818
988321044
987960986*

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
NECESSIDADE DE CIRURGIA

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:
RX

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:
552.3 FRATURA DA DIAFISE DO RADIO*408020423. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS O

Uso de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?
ANTEBRAÇO, FX:2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

Diabetes Hipertensão Obesidade

Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão Usador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

JUDSON WELBER VERISSIMO DE AZEVEDO

CRM: 6892 / RN

Data da Solicitação 02/09/2019

PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trabalho CNPJ da Seguradora: Nº do bilhete: Série:
() Acidente de Trabalho Típico CNPJ da Empresa: CNAE da Emp.: CBOR:
() Acidente de Trabalho Trajeto

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

AUTORIZAÇÃO

Profissional Autorizador: Orgão Emissor:

Número da Autorização:

Data da Autorização: Assinatura/Carimbo:

Phonix Uno Case 2/14

BLOCO CIRÚRGICO - RELATÓRIO ANESTESIA

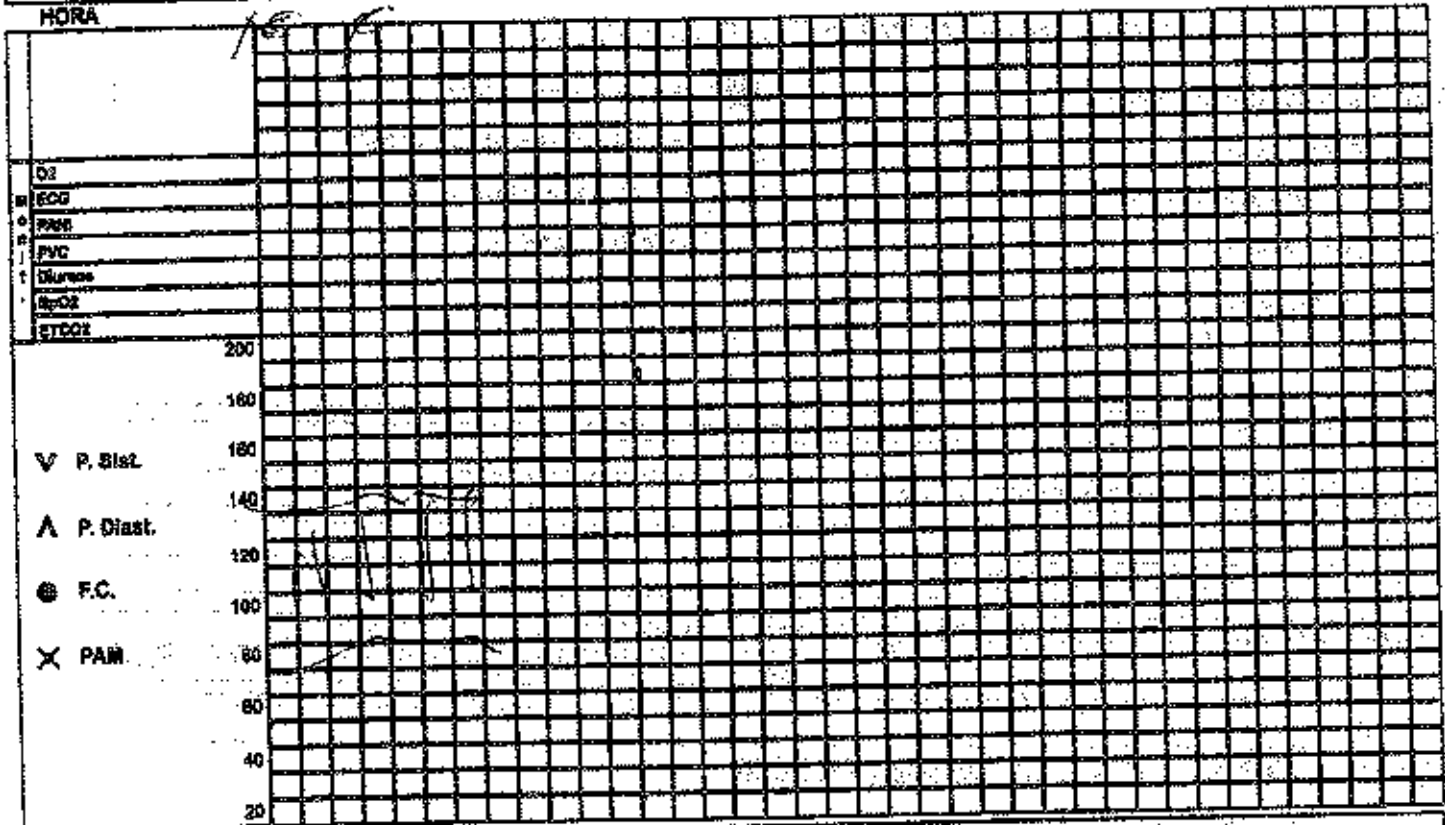
Dados do Paciente

Paciente: **AGUINALDO SOARES**

AGUINALDO SOARES Id: 139456

IH: 1

Cirurgia Realizada ENQUILTO-FRATURA ANTEBRACO A ESQUERDA	Data 17/08/2018	
Cirurgião DR FELIJO RUBENS	1º Auxiliar	2º Auxiliar
		Anestesiologista DR FRANCISCO MELO



Exames Laboratoriais

pH		
PCO2		
PO2		
CO		
BE		
PROZ		
BASEZ		
Hb		
Hc		
Hs		
K		
Ca		
Glucose		

PERIARL	500MG	05ML
MIDAZOLAM	10MG	05ML
ROSCON	0,5%	
TIOROP	0,5MG	
ROSCON	10MG	
ROSCON	50MG	
ATRACURIO	20MG	
PROPOAN	1%	
EPIEDENA	20MG	
ARAFIN	100MG	
ETAPAZOLIA	10	02AMP
DIPRESA	1%	
BRAMIN	3MG	
DESMETASOLON	10MG	
RAMITERNA	20MG	
ONDASETRONA	8MG	
NEOCARNA	0,5%	
ISOBARCA	0,5%	
CEYOROPENO	100mg	
RDP 01%	20ML	01FR
XYLESTEN	20ML	01FR
SFR 0%	20ML	02FR

TÉCNICA ANESTÉSICA: BLOQUEIO PLEXO CERVICAL

BLOQUEIO: LOCAL DA PUNÇÃO: NÍVEL ANESTESIA: BLOQUEIO MOTOR: POSIÇÃO: Antes: APARELHO: TÉCNICA: ABERTO INTUBAÇÃO/OXIGENAÇÃO: ORAL TRAUMÁTICA Nº: Sonda: CUFF: INDUÇÃO: MANUTENÇÃO: CONDIÇÃO FINAL: REFLEXOS: CONSCIÊNCIA:

TPO: **LATÊNCIA:** **LIQUOR:**

Depois: VT: F.R: KM: P.A.E:

BALANÇO

OBSERVAÇÕES

Dr. Francisco da Silva Melo
Anestesiologista SBA 15714
CRM: 4539 - CPF: 565.348.404-34

DURAÇÃO: 30MIN INÍCIO: 10:55 FINAL: 17:05

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

Dados do Paciente

Registro: 139456 IH: 1 Paciente: AGUINALDO SOARES
Nascimento: 21/11/1968 51 anos Internação: 17/09/2019 08:54:45 Leito: LEITO RESERVA 07

PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA

DURANTE E APÓS O ATO CIRÚRGICO

Tipo: BLOQ. DE PLEXO + SEDACÃO

Anestesiologista: MELO

Tipo: FRATURA DE ANTEBRACO

Cirurgião: HELIO

Instrumentador: ANTONIA+ BERENISE

Circulante: STEPHANIE

Tipo curativo: OCCLUSIVO

Tem material para biópsia/cultura: NÃO

Inf.sanguínea: NÃO

Monitoração correta: SIM

Placa de bisturi: SIM

Antibiótico profilático?: NÃO

Medicação administradas:

Intercorrências / Observações:

PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADO O AMBIENTE. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA+ AFIRMA HAS. NA HVP EM MSD. COM SF 0,8% JELCO Nº20. SEM INTERCORRÊNCIA CIRURGIA ENNCAMINHADO AO SRPA EM O AMBIENTE. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

FICHA DE CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA

CONTROLE DE INFECCÃO EM CIRURGIA

Potencial de Contaminação: Limpa

STEPHANIE BEATRIZ DE SOUZA DANTAS
Técnico(a) COREN - 854448



Prescrição Médica / Evolução Clínica

Paciente: AGUINALDO SOARES
Convênio: SUS ESTADUAL
Unidade: UNIDADE I
Leito: ENFERMARIA 108-A
Admissão: 17/09/19 08:54
Diag: S623 - Fratura da diáfise do rádio

Reg: 139456

Idade: 50 anos
Prontuário:
Peso: 68,0 kg Altura: 1,58

0 dia(s) de Internação

17/09/2019 18:00

Table with columns for medication name, dose, route, frequency, and application times. Includes items like DIETA LIVRE, SORO FISIOLÓGICO, CEFAZOLINA, DÍPIRONA, TRAMADOL, DIMENIDRINATO, DICLOFENACO, RANITIDINA, and OBSERVAR PERFUSÃO DISTAL.

Handwritten signature of Dr. Helio Rubens Polido Garcia

Dr. HELIO RUBENS POLIDO GARCIA
CRM - 5500

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

Registro-Internamento: 139456 -1
 Leito Nº: ENFERMARIA 108-A
 Médico: CRM - 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCI

LAUDO MÉDICO PARA SITUAÇÕES ESPECIAIS

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|---|--|
| <input checked="" 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			
139456 -1 - AGUINALDO SOARES			
PROCEDIMENTO ANTERIOR	PROCEDIMENTO SOLICITADO	MÉDICO SOLICITANTE	CRM
		HELIO RUBENS POLIDO GARCI	5500
			CPF
			185.519.178-07

JUSTIFICATIVA
FRATURA DO ANTEBRAÇO E COM COMIÇÃO, REALIZADOS:
040802042-3 - TTD CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO COM SINTESE
0408040157 ENXERTO OSSEO
2 PLACAS DCP
12 PARAFUSOS

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE	CRM	DATA
	5500	17/09/2019 16:54:48

AUTORIZAÇÃO

AUDITOR	CRM	DATA



DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: AGUNALDO SOARES

Data do Procedimento: 17.09.19

Registro: 138458 IH: 1

Diagnóstico pré-operatório: S82 FRATURA DO ANTEBRACO | NOTA: AS SEQUITES SUBMISSÕES SÃO FORNECIDAS PARA USO OPC

Código do procedimento

Cirurgia realizada

0409020423

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAPHISARIA DE AMBOS OS OSSOS

0409040157

OSTEOTOMIA DA PELVE

Equipe cirúrgica:

CRM

Cirurgião: HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

5500

Anestesiologista: FRANCISCO DA SILVA MELO

4539

Instrumentador: berndise

Instrumentador Empresa: antonia

Grau de Contaminação: Limpo

Profilaxia Antimicrobiana:

Anatomopatológico: Não

Exame: Não se aplica

Descrição dos materiais especiais utilizados:

2 placas de
12 parafusos

CONTINUAÇÃO: Descrição dos materiais especiais utilizados:

Descrição da cirurgia:

1. Paciente em DDH sob bloqueio M. Sup. E
2. Assepsia e antiseptia
3. Via de acesso dorsal + ulnar do antebraço E
4. Obulsão romba por planos
5. Tratamento cirúrgico da fratura dos ossos do antebraço E com alifese
6. Enerto ósseo
7. RX intra-op.
8. Limpeza + sutura + curativo + tala gessada

CRM: 5500 - HELIO RUBENS POLIDO GARCIA

17/09/2019 18:57:48

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **AGUALDO SOARES**

Registro: **139456**

Id: **1**

Nascimento: **21/11/1958** 61 anos Data Internação: **17/08/2019 08:54:45**

Leito: **ENFERMARIA 108-A**

Turno: **Tarde**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PCI DE ANTERRAÇO ESQUERDO**

Isolamento de contato: **Não**

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocorada**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **NEGA**

Sinais Vitais:

Temperatura: **34,9 °C** Saturação O2: **98%** Respiração: **21 RPM**

Pressão Arterial: **140x80** Frequência Cardíaca: **85**

Acesso Venoso:

Periférico

MSD

Dieta:

VQ

LVRE

Oxigenioterapia:

Em O2 Ambiente

Eliminações Fisiológicas:

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Dranos:

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

LIMPO E OCLUSIVO

Medicações:

Intercomência:

AS 18:23HRS RECEBO PACIENTE ADULTO MANOS CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE. VINDO DE CENTRO CIRURGICO EM PCI DE ANTERRAÇO. AFERIDO SINAIS VITAIS O MESMO SEGUE ESTAVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Maria dos Prazeres da Silva (assinatura)
001.370.559 - TE

COREN: 1876569 - MARIA DOS PRAZERES DA SILVA
17/08/2019 18:23:40

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Paciente: **AGUINALDO SOARES**

Registro: **130456** IH: **1**

Nascimento: **21/11/1988** 51 anos Data Internação: **17/09/2019 08:54:45**

Leito: **ENFERMARIA 108-A**

Turno: **Noturno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE ANTEBRACO (E)**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração de Pele: **Normocorada**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Sinais Vitais:

Temperatura: **36,4 °C**

Saturação O2: **99%**

Respiração: **21 RPM**

Oxigenioterapia

Em O2 Ambiente

Pressão Arterial:

150x80

Frequência Cardíaca: **89**

Acesso Venoso

Dieta

Periférico

YO

MSO

ACEITA BEM.

Eliminações Fisiológicas -

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AUSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

OCLUIDO.

Medicações:

ADM. CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA.

Intercorrência:

SEGUER EM SEU LEITO SEM QUEIXAS. AFERIDO SSVV. PERMANECE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE PLANTÃO.

COREN: 1080671 - ITAMAR SOARES DA SILVA

17/09/2019 20:48:11

REGISTRO DOS TÉCNICOS

Dados do Paciente

Registro: 139456 IHC: 1

Paciente: **AGUINALDO SOARES**

Nascimento: **21/11/1966** 51 anos Data Internação: **17/09/2019 08:54:45**

Leito: **ENFERMARIA 108-A**

Turno: **Diurno**

Antecedentes:

Hipótese Diagnóstica: **PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA DE ANTEBRACO (E)**

Isolamento de contato:

Estado Geral: **Bom**

Coloração da Pele: **Normocrato**

Nível de Consciência: **Consciente/Orientado**

Alergias Medicamentosas: **DESCONHECE**

Oxigenioterapia

Sinais Vitais

Em O2 Ambiente

Temperatura: **35,6 °C** Saturação O2: **97%** Respiração: **21 BPM**

Pressão Arterial: **120x80** Frequência Cardíaca: **89**

Acesso Venoso

Dieta

VO

Eliminações Fisiológicas

Diurese: **ESPONTÂNEA**

Obs.:

Intestinais: **AMSENTE**

Aspectos:

HGT

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Correção: Correção:

Drenos

Data:

Tipo:

Local:

Aspecto:

Obs.:

Curativo:

REALIZADO PELA COMISSÃO DE CURATIVOS.

Medicações:

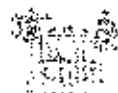
ADM. MEDICAÇÕES CPM.

Intercomência:

AS 07 HRS RECEBO PLANTÃO COM PACIENTE ADULTO 50 ANOS CONSCIENTE E ORIENTADO EM O2 AMBIENTE PACIENTE DE ALTA NO LEITO A ESPERA DE TRANSPORTE. EM POI DE ANTEBRACO, APERIDO SINAIS VITAIS O MESMO SEGUE ESTAVEL AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AS 10 HS PACIENTE ACABA DE SAIR DO HOSPITAL NA AMBULANCIA DO SEU MUNICIPIO COM AJUDA DO NAQUEIRO E COM SEUS PERTENCES.


COREN: 1313798 - LINDINERIA ROCHA FERREIRA SILVA

18/09/2019 09:51:06



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Unidade Policial: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA CRUZ
Localidade: RUA FELIPE PESSOA CORREIA, 165, Centro, NOVA CRUZ

1. IDENTIFICAÇÃO DO BOLETIM

1.1 Protocolo: 0722613100001
1.2 Tipo: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANO
1.3 Data de Expedição: 10/01/2020 11:08:20
1.4 Ligeu CLOSP: Não

2. DADOS DO LOCAL DO FATO

2.1 Data/Fora do Fato: 07/09/2019 19:00:05
2.2 Autoria: Conhecida
2.3 Fato: Consumo
2.4 Plagante: Não
2.5 Motivo (empregador): Veículo
2.6 Tipo de Imóvel: Rural
2.7 Logradouro: SÍTIO RAJADA
2.8 Número: 0
2.9 CEP:
2.10 Complemento:
2.11 Ponto de Referência:
2.12 Bairro: ZONA RURAL - SÍTIOS E FAZENDAS
2.13 Estado: (U) GRANDE DO NORTE
2.14 Cidade: SIERRA DE SÃO BENTO

3. DADOS PESSOAIS DO COMUNICANTE (PESSOA FÍSICA)

3.1 Nome Completo: AGUINALDO SOARES
3.2 Estado civil: Solteiro(a)
3.3 Nome Social:
3.4 País:
3.5 Sexo: MASCULINO
3.6 Mãe: FRANCISCA PEQUENO DA SILVA SOARES
3.7 Orientação Sexual:
3.8 CPF:
3.9 Nacionalidade:
3.10 Identidade de Gênero:
3.11 Profissão: AGRICULTOR
3.12 Data de Nascimento: 21/11/1958
3.13 Telefone(s):
3.14 RG: Não informado - IT EPIRN
3.15 Número: 661
3.16 Passaporte:
3.17 Bairro: SÃO PEDRO...
3.18 Naturalidade: PASSA E FICA/RN
3.19 Estado: RIO GRANDE DO NORTE
3.20 E-Mail:
3.21 Cidade: PASSA E FICA
3.22 Logradouro: RUA DEPUTADO MÁRCIO MARINHO
3.23 Cidade: SIERRA DE SÃO BENTO
3.24 CEP:

3.25 Declarante é a própria vítima

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

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

7. VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

7.1.1 Segurado: Não
7.1.2 Seguradora:
7.1.3 Corrente:
7.1.4 Renavam:
7.1.5 Placa: OFY2990
7.1.6 Estado:
7.1.7 Marca: HONDA
7.1.8 Modelo: POP 100
7.1.9 Ano do Modelo: 0
7.1.10 Ano de Fabricação: 2013
7.1.11 Cor do veículo: VERMELHA
7.1.12 Tipo do veículo:
7.1.13 Marca do proprietário: JOSE JOAB DO NASCIMENTO
7.1.14 Número do Motor:
7.1.15 Nome do condutor: AGUINALDO SOARES
7.1.16 Vinculo com a Ocorrência:
7.1.17 Observações:

8. DADOS DA OCORRÊNCIA

9. DOS FATOS

9.1 Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE EM DATA, HORA E LOCAL, JÁ CITADOS, CONDUZIA A MOTO DESCRITA ACIMA, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO RAJADA, ADARTEU EM OUTRA MOTOCICLETA QUE VINHA EM SENTIDO CONTRÁRIO; QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE SIERRA DE SÃO BENTO, SENDO ATENDIDO E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL NA CAPITAL DO ESTADO, ONDE PERMANECIU INTERNADO DURANTE DEZESSETE DIAS, SENDO AINDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MEMORIAL ONDE SE SUBMETEU A EVENTO CIRÚRGICO, CONFORME CONSTA EM LAUDOS ANEXOS. NADA MAIS DISSE.

9.2 Interações do CLOSP

10. COMPLEMENTOS (ESSE BOLETIM NÃO FOI COMPLEMENTADO)

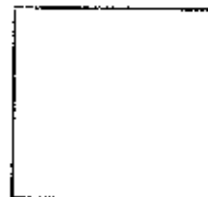
11. DECLARAÇÃO

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

Data: 10/01/2020 11:08:20

Gerson Alves Ribeiro
Agente de Polícia Civil
Mat. 168.099-4

Aginaldo Soares
interessado



Proteção digital

Atendimento: 1660994 - Gerson Alves Ribeiro

Impressão por: 1660994 - Gerson Alves Ribeiro em 10/01/2020 11:58:20

FINAL DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 125.073.918-71 4 - Nome completo da vítima: Aguiinaldo Soares

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

5 - Nome completo: Aguiinaldo Soares 6 - CPF: 125.073.918-71
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Deputado Marcio Marinho 9 - Número: 263 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Passoa e Fica 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59218-000
15 - E-mail: _____

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 06449 CONTA: 25.947 0

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CIVIL) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____
30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? 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 - Inscricao digital do usuário Beneficiário não autenticado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

40 - Local e Data, Passoa e Fica/RN 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Aguiinaldo Soares

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

31/01/2020 - BANCO DO BRASIL - 13:11:54
061411961 0296

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: AGUINALDO SOARES
AGENCIA: 0614-9 CONTA: 25.947-0 VAR:51

DATA: 31/01/2020

NR. DOCUMENTO: 6.141.196.188.296

VALOR DINHEIRO: 6.503.746,00E,037,682

VALOR TOTAL: 6.503.746,00E,037,682

NR. AUTENTICACAO: 6.503.746.00E,037,682

Creditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.793.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,
ENTRE OUTRAS INFORMACOES.