



Número: **0841152-05.2017.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA (AUTOR)	RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12201 120	06/09/2017 17:03	Docs - FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA 1	Documento de Comprovação
12201 129	06/09/2017 17:03	Docs - FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA 2	Documento de Comprovação

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA, brasileiro, casado, autônomo, RG: 3.952.592-66PIRN, CPF nº 010.429.234-02, Residente e domiciliado avenida Senador Georgino Ávila, Número 0010, Paranámirim/RN, CEP 59270-000.

OUTORGADO(S): RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 5990 e MELQUÍADES PEIXOTO SOARES NETO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RN nº 9453 e RAFAELA CARLA MELO DE PAIVA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/RN sob o nº 2909, ambos todos com escritório profissional sito na Av. Amintas Barros, nº 2909, 1º andar, sala 13, Lagoa Nova, Natal/RN, CEP: 59.062-250.

PODERES: a quem conferem amplos poderes da cláusula "ad-judicia et extra", para o foro em geral, podendo dito (s) procurador (es) em conjunto ou isoladamente, em qualquer instância, juízo ou tribunal, propor contra a quem de direito as ações competentes e defendê-los nas contrárias, e, ainda, requerer, acordar, discordar, confessar, transigir, desistir, receber e dar quitação, variar de ações, firmar termos de declarações legais e representá-los, em tudo se fizer necessário em favor de seus interesses, em qualquer repartição pública federal, estadual, municipal, autárquica, requerendo ou representando defesa, inclusive substabelecer o todo ou em parte as prerrogativas que ora lhe são conferidas.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

01 – Concomitantemente com os Poderes acima outorgados, o (a) outorgante/contratante acorda em pagar aos outorgados/contratados o valor correspondente a 20% (VINTE) por cento sobre o valor da condenação, acordo judicial ou extrajudicial, com as devidas atualizações apuradas pelo Juízo, até final do pagamento, facultado aos advogados contratados requererem nos autos, que lhes sejam pagos diretamente os honorários, por dedução da quantia a ser recebida pelo constituinte, ora contratante, tudo como previsto no artigo 22, § 4º, da Lei nº 8.906/94 (Estatuto da OAB).

02 – Caberá ao Contratante para o bom andamento da ação, fornecer os documentos e informações solicitadas pelos advogados.

03 – A verba oriunda da parte adversa, pelo princípio da sucumbência, reverterá aos contratados.

04 – As partes contratantes elegem o foro de Natal/RN para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste contrato.

Natal-RN 22 de Julho de 2017

X Fábio S
Outorgante/Contratante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DA JUSTIÇA
DIRETORIA DE POLÍCIA FEDERAL

DETAN - RN 9725/0821 N.º 012391068478
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

1	CÓD. RENAVAM	0020109332	NOME	2016
MARIVALDO FERNANDES DOS SANTOS				
4	CPF / CNPJ	877.559.354-91	PLACA	MRN3542
PLACA ANT / UF		9C2JC4120A2071258	CHASSI	
ESPECIE / TIPO		PASSEI/RO / MOTOCICLETA / NAO AD. ECAV / GASOL IRÁ.		
MARCA / MODELO		BRANDA/CG 125 FAN E/S	ANO FAB.	2010
CAP. PTO. / C.		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
OCV/124 CLE/IND/ADAB		PARTICULAR	VERMELHA	

1	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
P	R\$ 0,00	05/01/2016	1º PAGO
V	FAIXA IPVA	PARCELAGEM TO/ COTAS	2º PAGO
A	002 843 3 X	R\$ ****	3º PAGO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		10 (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
*** TAXAS DE TRAF. (R\$)		0 (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DE TRAF. (R\$)		0 (R\$)	PAGO
OBSERVAÇÕES			

PRÉMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
PIS (R\$)		DENATRAN (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		ICF (R\$)	
PAGAMENTO		PAGAMENTO	
COTA ÚNICA		PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 01.243.506/0001-04	
www.seguradoraslider.com.br	
PARNAMIRIM / RN/PE	
Sobrenome / Sobrenome do Víspere	
Coronelado / de Registro do Víspere	
Detran - RN	
Data	
05/01/2016	



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855

Comunicação: C1961106

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1183843 - JOAO MARQUES DANTAS	Data/Hora do Acidente (hora local): 03/12/2015 21:45	BR: 101	KM: 104,4
Município/UF: PARNAMIRIM/RN	Tipo de Acidente: Tombamento	Sentido da Via: Crescente	
Fase do dia: Plena noite	Condições da Pista: Seca	Restrições de Visibilidade: Inexistente	Condição meteorológica: Ceu Claro
Sinalização existente: Vertical, Horizontal	Sinalização luminosa: Inexistente		
Houve danos ao patrimônio da União? Não	Data e horário da solicitação:		
Houve solicitação de perícia? Não	Data e horário do:		
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não			

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Urbano	Tipo de Localidade: Comercial			
Existe acostamento? Sim	Estado de Conservação: Bom	Há desnível? Não	É pavimentado? Sim	Largura (m): 3,2
Possui defesa?	Possui meio-fio? Conservada(o)	Possui sarjeta? Não existe		
Existe canteiro central? Não	Estado de Conservação:	Largura (m): 0	Tipo de inclinação:	
Obstáculo ao Cruzamento:	Não Informado	Estado de Conservação do Obstáculo:		
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Regular	Ocupação: Lavoura			
Cerca: Não existe	Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom	Tipos: Múltipla	Qtd. de Faixas: 2	Superelevação: Não
Tipo de Pavimento: Asfalto	Perfil: Rampa >= 3%	Traçado: Curva	Curva Vertical: Não Existe	
Superlargura: Não	Largura da Pista (m): 7,2	Estreitamento: Não Existe		

TEXTO DESCritivo DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VIADUTO TRAMPOLIM DA VITÓRIA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58
NÚMERO DE CONTROLE: e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 1 de 6



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855

Comunicação: C1961106

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI

BR-101
Km
0104,4

Local Parcialmente Desfeito:



LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Padreiro
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Capotagem
- Caminhão
- Tombamento
- Incêndio
- Local da Colisão
- Marcha à ré
- Placa de Trânsito
- Trem
- Conjugado
- Objeto Fixo
- Ponto A'
- Ponto A
- Antes da Colisão
- Marca de Frenagem
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Amarração
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à frente
- Patinagem ou Derrapagem
- Depois da Colisão

NATAL/RN

PARI (ANP/PM/P1)

Latitude do Ponto C:

Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto A/A':

Referência do Ponto B:

Distância AB (m):

Distância AC (m):

Distância BC (m):

VEÍCULO

P1

DISTÂNCIA P1-A (m)

DISTÂNCIA P1-B (m)

P2

DISTÂNCIA P2-A (m)

DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

Segundo levantamento, V1:HONDA/CG125 FAN ES - NNN3542/RN seguia a frente, quando o seu condutor foi surpreendido pela invasão de faixa pelo V2:VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO e tombou sobre a via. Após sinistro V2 se evadiu do local.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:

06/09/2017 10:49:58

NÚMERO DE CONTROLE:

e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 2 de 6



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855

Comunicação: C1961106

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: NNN-3542 Sequencial: V1 Descrição: Chassi: 9C2JC4120AR071258 Renavam: 00201093332
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES Cor: VERMELHA Ano: 2010 Tipo: Motocicletas Emplacamento:
Ocupantes: 2 Espécie: Passageiro Categoria: Particular
Proprietário: MARIVALDO FERNANDES DOS SANTOS CPF/CNPJ: 877.859.354-91
Endereço: R IRENE FERNANDES DE CASTRO 668 CEP: 59.143-225
Município/UF: Telefones:
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Seguiu fluxo Saída de Pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não

Marcas de Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: V2 Descrição: NÃO IDENTIFICADO Chassi: Renavam:
Marca/Modelo: Cor: Ano: Tipo: Automóvel Emplacamento:
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria:
Proprietário: CPF/CNPJ: CEP:
Endereço:
Município/UF: Telefones:
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Saída de Pista? Derrapagem? Capotagem? Tombamento?
Colisão com Objeto Fixo: Colisão com Objeto Móvel: Incêndio?

Marcas de Frenagem (m): Estado dos Pneus:

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Extensão dos Danos: Moeda:
Valor Total da Carga: R\$ Produto Perigoso:

Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:

Documento do Responsável: Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58
NÚMERO DE CONTROLE: e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 3 de 6



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855

Comunicação: C1961106

* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1/NNN-3542

Nome/Apelido: Francisco Wellington Fernandes da Silva

Data de Nascimento: 20/05/1982 Sexo: Masculino

Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

Município/UF:

Telefones:

Celular: (84) 987099108

Grau de Instrução:

Naturalidade: NACIONALIDADE: BRASIL

Ocupação Principal:

CPF: 010.423.834-02 Documento de Identificação: 1952592

Orgão Expedidor: SSP /RN

Origem:

Destino:

Estado Físico: Lesões Leves

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Não

Não Aplicável Usava Capacete? Sim

Existe Declaração em Anexo? Não

Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Sim Categoria CNH: AB Registro CNH: 03463867468/RN Primeira Habilitação: 24/12/2004
Validade CNH: 05/12/2016 País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):

Documento do Responsável: Motivo:

Município/UF:

Descrição do

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V2/ NÃO IDENTIFICADO

Nome/Apelido:

Data de Nascimento: Sexo: Ignorado Estado Civil:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço:

Município/UF:

Telefones:

Celular:

Grau de Instrução:

Naturalidade: NACIONALIDADE: Ocupação Principal: Orgão Expedidor:

CPF:

Documento de Identificação:

Destino:

Origem:

Socorrido pela PRF? Não

Usava Cinto? Ignorado

Usava Capacete? Não Aplicável

Estado Físico:

Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Ignorado

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Ignorado Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:
Validade CNH: País CNH: Dormia? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Ignorado

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):

Documento do Responsável: Motivo:

Município/UF:

Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58

NÚMERO DE CONTROLE: e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 4 de 6



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855
Comunicação: C1961106
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

PESSOAS ENVOLVIDAS

Tipo de Envolvido: Passageiro | Veículo: V1/NNN-3542 | Sexo: Feminino | Data de: 25/02/1985
Nome/Apelido: LIDIANE SOUZA DE OLIVEIRA | CEP: _____
Nome do Pai: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____
Município/UF: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: BRASIL | Telefones: _____
CPF: 062.540.034-81 | Documento de Identificação: 2175796 | Orgão Expedidor: SSP/RN
Estado Civil: _____ | Grau de Instrução: _____ | Origem: _____ | Destino: _____
Ocupação Principal: _____ | Estado Físico: Lesões Leves | Socorrido pela PRF? Não | Usava Cinto? Não Aplicável | Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não | Transcrição da Declaração: _____
Pertences: _____

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO ENVOLVIDO

Tipo de Receptor: _____ | Responsável pela Recepção: _____ | Data/Hora da Recepção (hora local): _____
Documento do Responsável: _____ | Município/UF: _____ | Motivo: _____
Descrição do Encaminhamento: _____

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58
NÚMERO DE CONTROLE: e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 5 de 6



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 Departamento de Polícia Rodoviária Federal
 Sistema de Informações Operacionais
 BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83416855
 Comunicação: C1961106
 * STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo:	V1 / HONDA/CG 125 FAN ES	Placa:	NNN-3542
Nome do Agente/Assinatura:	JOAO MARQUES DANTAS	Nº BOAT:	83416855
Registro/Matricula do Agente:	1183843	Data:	03/12/2015 21:45
Item Descrição - Componentes Não Estruturais			
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	Valor	2
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	Valor	2
3	Amortecedor(es) trás. (inclusive fixação no chassi).	Valor	2
4	Motor e suas fixações.	Valor	2
5	Eixo do garfo traseiro	Valor	2
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	Valor	2
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	Valor	2
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	Valor	1
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	Valor	1
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	Valor	1
11	Alça traseira	Valor	1
12	Assento (fixação e firmeza)	Valor	2
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras.	Valor	2
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc.)	Valor	2
Descrição- Componentes estruturais			
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	Valor	3
B	Amortecedor(es) dianteiro(s)	Valor	3
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	Valor	3
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	Valor	3
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" E "NA":			5

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VÉHICULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta: até 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monta: acima de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados três ou mais componentes estruturais.
- Dano de Grande Monta: quando tiverem sido assinalados nas colunas "SIM" e "NA", três ou mais componentes estruturais, independente do somatório de pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado ou Não Existente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 06/09/2017 10:49:58
 NÚMERO DE CONTROLE: e441bde5b8895006

* Somente possuem valor legal as ocorrências em que o status seja "ENCERRADA"

Página 6 de 6



181

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

HOSPITAL REGIONAL DEOCÉLIO MARQUES DE LUCENA - CNES 3515168
PARNAÍMIRIM - RN

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA N° 45 SAMU

SERVIDOR RESPONSÁVEL (PSA)

MATRÍCULA DATA HORA
15204047 03/12/2015 23:30

DADOS DO PACIENTE

PACIENTE
FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA
NACIONALIDADE
BRASILEIRA
ESCOLARIDADE
INVESTIGADO

SEXO
MASCULINO FEMININO
RAÇA/COR
PARDA
TELEFONE

DATA DE NASCIMENTO
33 ANOS
ESTADO CIVIL
SOLTEIRO

EDADE
#VALOR!
PROFISSÃO
Núcleo de Epidemiologia
NHUE / HRDML

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

CPF

RG

CRG EXP.

UF

CARTÃO DO SUS

ENDERECO

COMPLEMENTO

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

RESPONSÁVEL/OU ACOMPANHANTE

PARNAÍMIRIM

RN

59190-030

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FORMA DE ENCAMINHAMENTO
() Prejudicado () SAMU () Demanda Espontânea
QUEIXA PRINCIPAL

MOTIVO

FLUXOGRAMA

DESCRIMINADOR

DOENÇAS PRÉEXISTENTES

ALÉGIAS

PESO: _____ ALTURA: _____ SSW: _____ FC: _____ PP: _____
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

49 502 99% da 1378 RICEMA

COREN DATA HORA



PRIORIDADE
○ AZUL ○ VERDE ○ AMARELO ○ LARANJA ○ VERMELHO

HISTÓRIA CLÍNICA

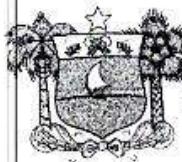
Paciente, vítima de queda de moto há 30 minutos usava capacete. Negar TCE, p/ida de com ou urinab. Refere que recebeu impacto no umbigo superior (), ombro direito e punho (E). Atualmente sente dor no ombro e cotovelo (E). Negar dor traseira, n/a dispneia. Nega comotardades. Alergias. Nfis ofliza. Bemolca.

ACOLHIMENTO	COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	EDADE
<input type="checkbox"/> SALA VERMELHA	<input type="checkbox"/> ADULTO	Acima
<input type="checkbox"/> URGÊNCIA	<input type="checkbox"/> Criança	Abaixo
<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA	<input type="checkbox"/> Resposta	Resposta
<input type="checkbox"/> CONSULTA MÉDICA	<input type="checkbox"/> Verbal	Resposta verbal
<input type="checkbox"/> BUCOMAXILHO	<input type="checkbox"/> Negativa	Negativa
<input type="checkbox"/> PEQUENA CIRURGIA	<input type="checkbox"/> Resposta	Resposta
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> Motor	Movimento de retrato
<input type="checkbox"/> VIOLENCIA DOMÉSTICA	<input type="checkbox"/> Físico	Físico anormal
<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> Anormal	Extensão anormal
<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> Nenhuma	Nenhuma

EXAME FÍSICO

A - Vias respiratórias, com colar cervical. Refere encolhimento no lato esquerdo e dor cervical.
B - MVR () bilateral, rítmico, F = 32. Sem sinal de patema da clavícula.
C - Tensão abdominalmente aumentada, pubo-ombelica, F = 80bpm
D - Fibrilação (S). Ausculta rotina e cardíaca.

Intolerância Ativa



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 RN



192

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que se fazem necessário, que em busca no sistema informatizado do SAMU 192 RN que foi encontrado a ocorrência N° S198245 referente ao paciente **FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA** 34 anos atendido pelo Serviço de atendimento Móvel de Urgência SAMU 192 RN, no dia 03/12/2015 em Parnamirim/RN conforme ficha anexa.

Natal, 04 de agosto de 2016


SABRINA CAVALCANTE DE MACEDO
Coordenadora Regulação Médica do SAMU 192 RN
MAT.195846-6



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGENCIA

FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO DE URGENCIA

FICHA DE ATENDIMENTO:	5198245
DATA DA OCORRÊNCIA:	03/12/2015 22:11:47
CIDADE:	PARANAMIRIM
BAIRRO:	
LOGRADOURO:	
INTERESSADO:	
TELEFONE:	1996389861
TIPO:	TRAUMA
NATUREZA:	TRAUMA
SUB-TIPO:	TRAUMA
NATUREZA:	QUEBRA DE MOTO
IMPRESSO POR:	IVAN JOSE DE ARAUJO CARDOSO
DATA DA IMPRESSÃO:	05/08/2016 11:52:38

DATA	HORA	TERMINAL	OPERADOR	EVENTOS
03/12/2015	22:12:58	regسام01	80797403	QUEBRA DE MOTO, 02 VITIMAS
03/12/2015	22:13:15	regسام01	80797404	CONSCIENTES, RESPIRANDO BEM, ESCORIAÇÕES EM MÃOS
03/12/2015	22:13:31	regسام01	80797404	MULHER COM DOR EM TORÁCICA
03/12/2015	22:14:00	regسام01	80797404	USB COD 3
03/12/2015	22:14:17	desسام02	56370184	VIATURA UR23 DE SPACHADA - Comandante da VTR, 02 VITIMAS
03/12/2015	22:14:17	regسام01	80797404	** Tipo do evento: quebrado de MOTO para FR MTR 347 as 03:11:35 22:14:21
03/12/2015	22:14:25	regسام01	80797404	** - By: GER ALDO CAMARA MARIZ no terminal regسام01
03/12/2015	22:14:26	regسام01	80797404	** Evento Priorizado: quebrado de MOTO para FR MTR 347 as 03:11:35 22:14:21
03/12/2015	22:14:26	regسام01	80797404	** - By: GER ALDO CAMARA MARIZ no terminal regسام01
03/12/2015	22:14:44	desسام02	56370184	VIATURA UR23 DE SPACHADA
03/12/2015	22:19:17	desسام01	19385291	VIATURA USB39 DESPACHADA
03/12/2015	22:19:20	desسام01	19385791	VIATURA USB39 FAIRDA
03/12/2015	22:31:26	desسام01	19385794	VIATURA UR23 CHEGOU AO LOCAL
03/12/2015	22:39:20	desسام02	56370184	VIATURA USB39 CHEGOU AO LOCAL
03/12/2015	22:40:52	desسام01	19385794	VIATURA USB29 DESPACHADA
03/12/2015	22:41:08	desسام01	19385794	VIATURA USB29 FAIRDA
03/12/2015	22:51:57	regسام01	80797404	
03/12/2015	22:52:05	regسام01	80797404	USB 39
03/12/2015	22:52:36	regسام01	80797404	QRA Francisco Wellington Fernandes da Silva 334
03/12/2015	22:52:54	regسام01	80797404	SSVV 130 X 80 FC 78 FR 19 SPO2 97 AA
03/12/2015	22:53:04	regسام01	80797404	Nega perda de consciência e retira bateria após desembalar
03/12/2015	22:53:16	regسام01	80797404	Lesões em costela e pe L
03/12/2015	22:53:24	regسام01	80797404	lembra tosse e dor na gola
03/12/2015	22:53:32	regسام01	80797404	nega ferimento
03/12/2015	22:53:52	regسام01	80797404	Conf. protocolo de mobilização e curativos - qm 100%
03/12/2015	22:54:22	regسام01	80797404	
03/12/2015	22:55:39	desسام01	19385794	VIATURA USB29 CHEGOU AO LOCAL
03/12/2015	22:56:45	regسام002	13237234	FR 23
03/12/2015	22:56:49	regسام007	13237234	2 VITIMAS
03/12/2015	22:57:18	regسام002	13237234	O TRANSPORTE DESSAS VITIMAS SERA FEITO PELA USB 29
03/12/2015	22:57:39	regسام002	13237234	EDUCA SOUZA DE OLIVEIRA FERNANDES, 30 ANOS
03/12/2015	22:58:40	regسام002	13237234	FERIA A CARDA DA MOTO, ENCONTRADA CONSCIENTE, ORIENTADA, CAPACITE RETRIBUIDO PELA



Vida & Imagem
CLÍNICA DE DIAGNÓSTICOS

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIO X HAP NATAL - VI NATAL
Nº Pedido: 13475369

Data 04/12/2015
Pag 1 de 1

Paciente...: 12009159 FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILV, Sexo M
Nascimento: 20/05/1982 Tel.: 987099108
Endereço: R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 591
Convenio...: HAPVIDA
Matrícula.: 63293000200001011
Solicitante: Dr(a) BRUNO MUNIZ DE LIRA

Exame:
RX COTOVELO

ID7OC

3320444422

ANALISE:

Presença de fratura desalinhada em olécrano com acometimento da superfície articular do cotovelo.

Aumento de partes moles.

Demais aspectos inalterados.

Cosmo013

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIO X HAP NATAL - VI NATAL
Nº Pedido: 13475369

Data 04/12/2015
Pag 1 de 1

Paciente...: 12009159 FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILV. Sexo: M
Nascimento: 20/05/1982 Tel: 987099108
Endereço: R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 591
Convenio.: HAPVIDA
Matrícula.: 53293000200001011
Solicitante: Dr(a) BRUNO MUNIZ DE LIRA

Exame:
RX ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL

ID7OC

3320444423

LAUDO

Fratura desalinhada em terço distal da clavícula.

Demais aspectos preservados.

EXAME DOCUMENTADO EM CD

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM
RAIO X HAP NATAL - VI NATAL
Nº Pedido: 13475369

Data: 04/12/2015
Pag: 1 de 1

Paciente...: 12009159 FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILV. Sexo: M
Nascimento: 20/05/1982 Tel.: 987099108
Endereço: R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 591-
Convenio...: HAPVIDA
Matrícula.: 53293000200001011
Solicitante: Dr(a) BRUNO MUNIZ DE LIRA

Exame:
RX TORAX: P.A - LAT

ID70C

3320444421

LAUDO:

Transparência pulmonar normal.

Hilos e trama vascular pulmonar normais.

Mediastino sem sinais de massas ou desvios.

Seios costofrênicos livres.

Área cardíaca normal.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES | Idade: 33

Médico: MARCILLO MARIANO DE OLIVEIRA

Data: 06/12/15 08:00

Atendimento: 33219632

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Prontuario: 12009159

ANAMNESE

Fx Clavícula Distal Esq 03.12.2015

Verm Com Tipia

Ao Ex: Egb, Conscience, Eupneico

Ombro Esq: Dor

Cd: Sol Pre-Op

Sol Osteossintese De Clavícula Distal Esq

Exames Físico

Peso(Kg): Temperatura(°C):

Exames/Procedimentos Solicitados

20010010- Eletrocardiograma	-	32050054 - Rx Torax: P.A - Lat
28040481- Hemograma Completo Com R	-	28010973 - Glicose (Sangue)
28010540- Creatinina (Sangue)	-	28040732 - Tempo De Protrombina
28040791- Tempo De Tromboplastina Pa	-	

Evolução Médica

Paciente Em Observação

Prescrição Médica N° 8205035

1- PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiológico 0,9%	100 mg	1 FRAP	Agora	EV	CRM-4788
		100 ml			
2- DECADRON (4.00mg/ml) Agua Destilada	10 mg	2.5 ML	Agora	EV	CRM-4788
		17.5 ml			

R3001

ROSELI BORGES DA SILVA

25/01/2016 11:16

192.85.4.37

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

Carimbo / Assinatura profissional

MARCILLO MARIANO DE OLIVEIRA
Médico(a)
CRM-4788

Impresso por: ROSELI BORGES DA SILVA

Em: 25/01/2016 11:16

GUARDA MIGRICO PROFISSIONAL

SENHA: O MIGRICO DE GUARICO

TELEFONE: 031-3202-1000

EMAIL:

TIPO:



LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

POSTO COLETA EMG - HAP NATAL

Nº Pedido: 13484144

Data 06-12-2015 08:19

Pag 1 de 3

Paciente... : FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA
RG..... : 1952592 SSP R N Conv. HAPVIDA
Endereço... : R MARIA DE JESUS FRANCA 0 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN b. Tel
Solicitante : Dr(a) MARCILIO MARIANO DE OLIVEIR A

Exame....	GLICOSE (SANGUE)	Coleta	06/12/2015 08:1
Método...	CINÉTICO/TARGA 300.0		
RESULTADO	Valores Obtido s 97 mg/dL	Valores de Referênci a 60 a 109 mg/dL (Jejum)	
Critérios diagnósticos do Diabetes mellitus, adotados pela American Diabetes Association (ADA)			
NORMA: Glicemia de jejum menor que 110 mg/d L			
INTOLERÂNCIA GLICÉMICA: Glicemia de jejum entre 110 e 126 mg/d L			
DIABETES: Glicemia de jejum maior que 126 mg/d L			

Dr. Valdery Silva Jr. Atende

Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) - ORF - 197

Exame....	CREATININA (SANGUE)	Coleta	06/12/2015 08:1
Método...	CINÉTICO/TARGA 300.0		
RESULTADO	Valores Obtido s 0,84 mg/dL	Valores de Referênci a 0,40 a 1,30 mg/d L	

Dr. Valdery Silva Jr. Atende

Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) - 1

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

POSTO COLETA EMG - HAP NATAL

Nº Pedido: 13484144

Data 06-12-2015 08:18

Pag 2 de 3

Paciente... : FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA Sexo: M Nasc: 20-05-1982
 RG.....: 1952592 SSP R N Conv.: HAPVIDA NºConv: 53293000200001011
 Endereço...: R MARIA DE JESUS FRANCA 0 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 5 Tel.:
 Solicitante: Dr(a) MARCILÓ MARIANO DE OLIVEIR A

Exame....: HEMOGRAMA COMPLETO COM REVISÃO DE LAMÍGIA Coleta : 06/12/2015 08:11 8
 Método...: AUTOMACAO/ABBOTT CELL DYN RUB

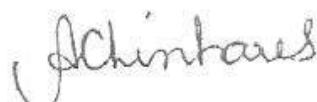
	Valores Obtido	s	Valores de Referênci	a	
			Homens	Mulhere	
HEMÁCIAS.....	5,28	Milhões/uL	4,30 a 5,90	3,70 a 5,30	Milhões/uL
HEMOGLOBINA.....	15,4	g/dL	13,3 a 17,7	11,5 a 15,7	g/dL
HEMATÓCRITO.....	43,9	%	40 a 52	35 a 47	%
VOL. CORPUSCULAR MÉDIO:	83,1	fL	76 a 96	76 a 96	fL
HB. CORPUSCULAR MÉDIA..	29,2	pg	27 a 32	27 a 32	pg
CONC. HB. CORP. MÉDIA..	35,1	g/dL	31 a 36	31 a 36	g/dL
R.D.W.....	11,6	%	11,0 a 16,0	11,0 a 16,	0
LEUCÓCITOS.....	8.855	/uL	2 a 8 meses: 10.000 a 16.000/uL	10.000 a 16.000/uL	
			7 a 12 meses: 6.500 a 13.000/uL	6.500 a 13.000/uL	
			1 a 14 anos: 5.000 a 10.000/uL	5.000 a 10.000/uL	
			Adulto: 4.000 a 10.000/uL	4.000 a 10.000/uL	
	(%)	(uL)	Normal(%)	Normal(uL)	
NEUTRÓFILOS.....	65	5.756	40 a 80	1.600 a 8.000	0
PROMIELÓCITOS.....	0	0	0	0	
MIELÓCITOS.....	0	0	0	0	
METAMIELÓCITOS.....	0	0	0 a 1	0 a 10	0
BASTÔES.....	1	89	0 a 5	0 a 50	0
SEGMENTADOS.....	64	5.667	40 a 75	1.600 a 7.500	0
EOSINÓFILOS.....	2	177	1 a 6	40 a 60	0
BASÓFILOS.....	0	0	0 a 1	0 a 20	0
LINFÓCITOS.....	27	2.391	20 a 40	800 a 4.000	0
MONÓCITOS.....	6	531	2 a 10	80 a 1.000	0
BLASTOS.....	0	0			
CONTAGEM DE PLAQUETAS ..	228.600	/uL	140.000 a 450.000	140.000 a 450.000	0

HEMÁCIAS NORMOCRÓMICAS E NORMOCÍTICAS

LINFÓCITOS SEM ATIPIAS

PLAQUETAS MORFOLOGICAMENTE NOR^{MAIS}

NEUTRÓFILOS SEM SINAIS DEGENERATIVOS



Ana Costa L. do Nascimento
 Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) - CRM - 3569

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
POSTO COLETA EMG - HAP NATAL
Nº Pedido: 13484144Data 06-12-2015 08:18
Pag 3 de 3

Paciente... : FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA
 RG..... : 1952592 SSP R N Conv. : HAPVIDA Sexo: M Nasc: 20-05-1982 2
 Endereço... : R MARIA DE JESUS FRANCA 0 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN N°Conv: 5329300020000101 1
 Solicitante : Dr(a) MARCILLO MARIANO DE OLIVEIRA 5 Tel:

Exame.... : TEMPO DE PROTROMBINA Coleta : 06/12/2015 08:18 8
 Método... : AUTOMAÇÃO/ACL 200 I L
 RESULTADO: Valores Obtido s Valores de Referênci a
 ATIVIDADE: 9,5 s Controle: 9,50s (100%)
 INR..... : 100,0 % Atividade: 70 a 100 %
 1,0 IRN: Até 1,2 0
 Faixa Terapêutica Atividade: 15 a 27 %
 ISI: 1,3 6 Faixa Terapêutica INR: 2,50 a 4,5 0
 0

Obs: Faixas Terapêuticas em INR para várias indicações de tratamento anticoagulante

- Profilaxia da tromboembolia venosa: 2,00 a 2,50
- Tratamento da embolia venosa profunda (fase crônica), embolia pulmonar e embolia sistêmica: 2,00 a 3,0 0
- Profilaxia em cirurgia de alto risco: 2,00 a 3,0 0
- Profilaxia da embolia venosa sistêmica em pacientes com fibrilação atrial e infarto do miocárdio: 2,00 a 3,0 0
- Tratamento de TVP (fase aguda) e embolia pulmonar ou sistêmica (fase aguda): 2,00 a 4,0 0
- Prótese de válvula cardíaca, embolia sistêmica recorrente e embolia arterial: 3,00 a 4,0 0

Ana Costa L. do Nascimento
Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 3569

Exame.... : TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO Coleta : 06/12/2015 08:18 8
 Método... : KIRBY-BAUER
 RESULTADO: Valores Obtido s Valores de Referênci a
 28,0 s 25 a 45 s
 RATIO.... : 1,0 Controle: 28 s
 Ráio: Até 1,2 5
 Método: Manual 1

Ana Costa L. do Nascimento
Farmacêutico (A) - Bioquímico (A) CRM - 3569

Empresa 262692 HAP NATAL Nº Pedido 13484144
TIPO DE ATENDIMENTO DE PACIENTES FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILV.
Setor 635105 POSTO COLETA EMO - HAP NATA Plataforma de Pedido 09/12/13 Prey Entrega 09/12/13 09:00:00
Endereço

Atestamento 33219632 Data 06/12/2015
 Paciente 12009159 FRANCISCO WLLIGTON FERNANDES DA SILVA
 Nascimento 20/05/1982 Telefone
 Endereço R. MARIA DE JESUS FRANCA 3 - VALÉ DO SUL CEP: 59410-300
 Queixa Principal: DOR
 Funcionário SILVAB VALÉRIA BARATTO
 Convênio HAPVIDA
 N.º Carteira 53293000200001011

Senha Internet: 119490219

Exames Solicitados	Guia	Médico Solicitante	Serhá	Dias	Qt	VL Total Admistrado
BIOQUIMICA						
3010540 CREATININA (SANGUE)	21162509	940879 MARCILLO MARIANO L	E477274/5			
3010973 GLICOSE (SANGUE)	21162509	940879 MARCILLO MARIANO L	E477274/4			
HEMATOLOGIA						
3040481 HEMOGRAMA COMPLETO COM REN	21162509	940879 MARCILLO MARIANO L	E477274/2			
Preenchimento de Exames: TUBOS OK () NCI () LÂMINAS OK () NCI ()						

COAGULACAO
8040291 TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARC 21162610 940820 MARCILIO MARQUES 1 8472724

Quantidade Total de Exames Solicitados
Máximo Total de Exames Solicitados

----- Telefones -----

3203-5177 00

ОБЗОРЫ

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA, 33 ANOS

HISTÓRIA CLÍNICA: PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA COM TRAUMA EM OMBRO ESQ.

EXAME CLÍNICO: EGB, CONSCIENTE, EUPNEICO. APRESENTA DOR E LIMITAÇÃO EM OMBRO ESQ.

RADIOGRAFIA: MOSTRA FRATURA DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ. COM DESVIO.



VIDA/IMAGEM NATAL
04/12/2015
10:30:14
FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA
0329 M 12009159
Nasc: 20/05/1982

PROCEDIMENTOS:

3.07.17.10-8: FRATURAS E/OU LUXAÇÕES E/OU AVULSÕES- TFI CIRÚRGICO

3.07.17.16-7: TRANSFERÊNCIAS MUSCULARES AO NÍVEL DO OMBRO

3.07.32.02-6: ENXERTO ÓSSEO

MATERIAL:

01 ÂNCORA 5.0 MM

02 FIOS DE KIRSHNER 2.0 MM

NATAL, 07/12/2015

Dr. R. C. S. Matano de Oliveira
Cirurgião de Traumatologista
CRM: 120112233

RODRIGO CAVALCANTI DE OLIVEIRA

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33252387

!D<:Z"

08/12/2015 14:01:11

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário:	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12009159	FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA	M	20/05/1982	33
RG	CPF	Carteira Profissional		
1052592 SSP RN	1042983402	ESTADO CIVIL		
Endereço				
R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM-RN CEP:59143120				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987099108		MARIA NILZA FERNANDES DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
08/12/2015	13:30		
Médico Atendente			Clinica
940879 MARCILo MARIANO DE OLIVEIRA			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
940879 MARCILo MARIANO DE OLIVEIRA			0 INTERNACAO

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	WMS SUPERMERCADOS DO BRASIL LTDA
222-HAPVIDA	6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA	COLETIVO
Carteira	Validade	
53293000200001011		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação
RPA - REPOUSO POS ANESTESICO	L9 LEITO 09 RPA

Leito
01

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1780216	99998666	989674916	INTERNACAO
1780216	30719100	989674916	FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO
1780216	31403158	989606118	LESAO DE NERVOS ASSOCIADA A LESAO OSSEA
1780216	30732026	989501888	ENXERITO OSSEO

Dr. Marcilio Mariano Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.4788 TEC: 12.033
ZPF: 761.499.034-04

José da Faria de M. Faria
Cirurgião-Dentista e Cadeado
CRM: 7644

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

ANTONIO
PRUDENTE
Natal

Nome: Francisco Wellington Júnior S.
Prontuário: Data de admissão: 08/12/15
Médico: Idade:
Acomodação:

DADOS DA ADMISSÃO

Data da cirurgia: 08-12-15

Horário:

Cirurgia: Fratura

Equipe cirúrgica:

Marque com um "X" as opções do checklist:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente)

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	Setor:	S	N	NSA
Identidade do paciente.	X			Exames de imagem		X		
Avaliação pré-anestésica.	X			Retirada de adornos/prótese e guarda adequada			X	
Informação de lateralidade pelo MA.	X			Termo de consentimento concedido - cirurgia			X	
Confirmação de vaga em UTI.		X		Termo de consentimento concedido - anestesia			X	
Exames laboratoriais.	X			Confirmação de reserva de sangue			X	
Tricotomia até 2h antes.	X			ASSINATURA:			X	

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista do BO):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Confirmar identidade do paciente.	X			Confirmada reserva e disponibilidade de sangue se risco de perda sanguínea ($> 500\text{ml/adulto} - 7\text{ml/kg Criança}$)			
Prontuário ativo.	X			Via aérea difícil / risco de aspiração			
OPME checado.		X		Confirmação de vaga em UTI			
Checagem completa dos equipamentos.	X			Checagem completa das medições a serem utilizadas			
Alergias conhecidas		X					
Especificar		X					

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/cirurgião):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Membros da equipe cirúrgica	X						
Cirurgião, anestesista e enfermeira verbalmente confirmam:		X					
Lateralidade do procedimento	X			Direito	X		
Paciente certo	X			Esquerdo			
Sítio cirúrgico identificado	X						

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Revisão do cirurgião	X		
Ha material/instrumental específico para o procedimento a ser realizado		X	
Checou equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento		X	
Antibioticoprofilaxia realizada nos últimos 60 min	X		
Revisão do anestesista	X		
Checou materiais e medicamentos necessários a anestesia a ser aplicada		X	
Revisão da enfermagem	X		
Equipamento necessário ao procedimento em sala é funcionando		X	
Esterilização do material confirmada e validada	X		

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/cirurgião):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Todos os registros relativos ao procedimento devidamente realizados	X		
Realização da contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura		X	
Identificação e acondicionamento correto do material a ser encaminhado para a análise laboratorial e/ou anatomia patológica		X	
Preenchimento de guias e/ou relatórios pelo médico cirurgião	X		

PERI-OPERATÓRIO

Nome: Francisco Wellington Fernandes de Almeida
Unidade: Atendimento 33252787
Convênio: HAP Leito: Unidade

1. ORIGEM DO PACIENTE

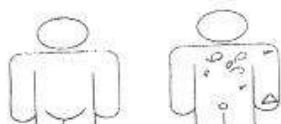
Emergência Residência Posto de Enfermagem Outro Hospital Especificar: _____

2. PRÉ OPERATÓRIO

2.1 Tipo de Cirurgia Emergência <input type="checkbox"/> Eletiva <input type="checkbox"/>	2.2 Data da cirurgia 08/12/15	2.3 Procedimento cirúrgico proposto: Fratura	2.4 Pulseira de identificação: MSET <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	2.5 Recebido por: Andre Data: 08/12/15
2.6 Sinais vitais T: 36 FC: 70 FR: 20 PA: 122 x 45	2.7 Pré anestésico Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Medicação em uso:	2.8 Orientações Cirurgia <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/>	2.9 Alergias n.s.	2.10 Estado emocional Medo <input type="checkbox"/> Transtorno <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Indiferença <input type="checkbox"/>
2.11 Antecedentes Obesidade <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Bronquite/Aasma <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Hipertensão Maligna <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Outro:	2.12 Cirurgias Anteriores n.s.	2.13 Reserva de Hemoderivados: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____	2.14 Exames: Sangue <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Ecocardiograma <input type="checkbox"/> Especificar: _____	2.15 Preparo Higienização <input type="checkbox"/> Tricotonização <input type="checkbox"/> Profuse <input type="checkbox"/> Jejum <input type="checkbox"/> desde as: _____ horas: _____ Preparo do cólon <input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Adornos Esmalte e Maquiagem <input type="checkbox"/>

3. INTRA - OPERATÓRIO

3.1 Recebido por Enf. <input type="checkbox"/> Técn. <input type="checkbox"/> Venice	3.2 Condições da pele: boc	3.3 Entrada na S.O. Anestesia inicio 14:30. Término: 15:30. Cirurgia inicio: 14:30 Hs. Término: 15:00. Instrumentador: Parale Circulante: Venice	3.4 Sinais vitais PA: 122 x 45 FC: 70 Sat: 92 - 100 R: 20
3.5 Posição do paciente durante o ato operatório: Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Ginecológica <input type="checkbox"/> Lateral <input type="checkbox"/> Lateral E <input type="checkbox"/> Ortopédica <input type="checkbox"/> Proclive <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Outros: _____	3.6 Membro ou lado a ser operado: Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/>	3.7 Solicitações: Sangue <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Anatomopatológico <input type="checkbox"/> Cultura <input type="checkbox"/> Exame laboratorial <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/>	3.8 Solução anti-séptica utilizada: Clorexedine alcoólico <input type="checkbox"/> Éter <input type="checkbox"/> Outros: _____ Clorexedine degermante <input type="checkbox"/> Alcool 70% <input type="checkbox"/> PVPI topico <input type="checkbox"/> PVPI degermante <input type="checkbox"/>
3.10 Bisturi: Elétrico <input type="checkbox"/> N° Serie: _____ Bipolar <input type="checkbox"/> N° Serie: _____	3.11 Uso do Colchão térmico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> N° de Serie: _____ Temperatura: 20min _____, 20min _____, 20min _____, 20min _____, 20min _____, 20min _____, 20min _____, 20min _____, 20min _____, 20min _____, 20min _____	3.9 Grau de Contaminação: Limpia <input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada <input type="checkbox"/> Contaminada <input checked="" type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/>	3.12 Material/Equipamento trazido por terceiros: Material _____ Fornecedor _____ Data esterilização: _____
3.13 N° de compressas utilizadas: Quantidade no inicio: 10 Quantidade no término: 10	3.13 Condições da pele ao término da cirurgia: boc	3.14 Medicamentos / hora: 15:30 Ketaset decafort + acetato de amônio + Lactato	UTI <input type="checkbox"/> Especificar: _____ hora: _____ Horário de saída da S.O. 16:00
3.15 Encaminhado para: SRPA <input type="checkbox"/> Hora: _____ Unidade de internação <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Observações/intercorrências:		
Localização de: ELETRODOS <input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> DRENO <input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI <input type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA <input type="checkbox"/> COXIM <input type="checkbox"/>			



PRESCRIÇÃO MÉDICA



Nº Prescrição: 8221455 Atendimento: 33252387
Convenio: HAPVIDA
Paciente: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

Prontuário: 12009159

Acessos Periférico

Data: 08/12/2015 Hora: 14:53

Posto: RPA - REPOUSO POS ANESTÉSICO

Leito: L91

Peso: 70,00 kg

1. DIETA GERAL ADULTO / PARA POS-CIRURGIA

		3/3h	ORAL	40,00 gts/min	Acesso Periférico
2. Hidratação Venosa	4 Fases	Vol. Total:	500 ml	40,00 gts/min	Acesso Periférico
SORO GLICOSADO 5%		Vol. Total:	500 ml		
3. Hidratação Venosa	2 Fases	VIG: 1.7	500 ml		
SORO GLICOFLUIDO 1:1			500 ml		
4. KEFAZOL (1,0g) (D1/2)	Aqua Destilada	19	1FRAP (C/1GR)	8/8h EV	07/12/2015 07:30
5. PLAMET (5,0mg/ml)	Aqua Destilada	10 mg	2ML (AMPL C/10MG)	8/8h EV	SN
6. OMEPRAZOL (40,0mg)	Aqua Destilada	40mg	1FRAP (C/40MG)	24/24h EV	00/00/00
7. DIPIRONA (500,0mg/ml)	Aqua Destilada	1g	18 ml (AMPL C/500MC)	6/6h EV	SN
8. TRAMAL (50,0mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C/100MC)	8/8h EV	SN
9. TILATIL (20,0mg)		20mg	100 ml 1FRAP (C/20MG)	12/12h EV	07/12/2015 07:30
10. O2 Umido c/ CATETER NASAL			100 ml 1FRAP (C/20MG)	12/12h EV	SN
11. CURATIVO GRANDE					
12. SINUS VITIAS					
13. OXIMETRO DE PULSO					
14. TIPOLIA MSE					

Dr. Marcelo Mariano da Cunha

Ortopedia e Traumatologia

CRM / RN 4785 / COT 12033

CPF 762.498.194-04

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS

https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1709061702575860000011511815

Número do documento: 1709061702575860000011511815

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: MARCILIO MARQUES DE OLIVEIRA
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1709061702575860000011511815
Número do documento: 1709061702575860000011511815

IC 12295

06/12/2015 14:57

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: MARCILIO MARQUES DE OLIVEIRA
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1709061702575860000011511815
Número do documento: 1709061702575860000011511815

06/12/2015 14:57

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: MARCILIO MARQUES DE OLIVEIRA
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1709061702575860000011511815
Número do documento: 1709061702575860000011511815

06/12/2015 14:57

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: MARCILIO MARQUES DE OLIVEIRA
https://pje.tjrn.jus.br:443/pje1grau/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=1709061702575860000011511815
Número do documento: 1709061702575860000011511815

06/12/2015 14:57

FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL



Paciente: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES | Idade: 33
 Médico: GUSTAVO MONTENEGRO SOARES | Data: 08/12/15 09:44
 Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA



Atendimento: 33249284
 Prontuario: 12009159

ANAMNESE

Medicação
 Paciente Aguarda Cirurgia

Exames Físico

Peso(Kg): Temperatura(°C):

Exames/Procedimentos Solicitados

Evolução Médica

Paciente Em Observacao

Prescrição Médica N° 8219333

1- DECADRON (4.00mg/ml) Agua Destilada	10 mg	2.5 ML 17.5 ml	Agora	EV	CRM-5410
2- PROFENID IV (100.00mg) Soro Fisiologico 0,9%	100 mg	1 FRAP 100 ml	Agora	EV	CRM-5410

R3001

ROSELI BORGES DA SILVA

25/01/2016 11:18

192.85.4.37

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

Carimbo / Assinatura profissional

GUSTAVO MONTENEGRO SOARES
 Medico(a)
 CRM-5410

Impresso por: ROSELI BORGES DA SILVA

Em: 25/01/2016 11:18

DR. MARCÍLIO MARIANO

CRM 4788 TEOF 12.033

CIRURGIA DE OMBRO E COTOVELO

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE SUBMÉTIDO(A) A CIRURGIA:

OSTEOSSÍNTESE DE ÚMERO PROXIMAL DIR

NO DIA 08/12/2015, PERMANECERÁ COM IMOBILIZAÇÃO E
APÓS O PERÍODO DE IMOBILIZAÇÃO INICIARÁ REABILITAÇÃO.

AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 03 (TRÊS) MESES.

CID: S42.2

NATAL, 09/12/2015

Dr. MARCÍLIO MARIANO DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ESPECIALISTA EM OMBRO E COTOVELO
CRM/RN 4788 TEOF 12.033

Clinica ORTOMEDIC

Edifício Harmony Medical Center - 1º Andar (Sala 106)

Rua Coronel Joaquim Manoel, 615, Petrópolis, Natal/RN, 59.012-330

Telefones: (84) 3642-7607 e 3642-7608

BOLETIM DE CIRURGIA

Nº 008

Atendimento

Francisco Wellington Fernandes

Data: 08/12/15

Nome:

Idade:

Sexo: M F

Diagnóstico Clínico:

Diagnóstico Cirúrgico:

CIRURGIA PROPOSTA

- Fratura E ou luxação T11 cirúrgico
- Fractura óssea
- Fractura de placa associada a lesão óssea

TIPO DE ANESTESIA

- Génesis EV + Bloqueio de Pleco
- Fase de anestesia

PROCEDIMENTO REALIZADO

Ortopedia e Traumatologia
CRM: RN 4788 TEOT: 11033
CPF: 761.499.184-04

José Felipe de M. Filho
Clínica de Ortopedia e Cirurgia
CRM: 3244

MATERIAL ESPECIAL LIBERADO

Dr. Rodrigo F. Contreras
CRM: 007612814-18
CPF: 001.524.324-33

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO

LIMPA

CONTAMINADA

POTENCIALMENTE CONTAMINADA

INFECTADA

INÍCIO: 14:30 hs

TERMINO: 15:30 hs

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

OP. CEME EM 180UBIS P/ 211 SB PESADA
DISSECCAO MUSCULAR + ORN + CAVO DE BONE (E)
① INCISO POSTERIOR CÔNICO (E) + DIVISÃO DO FIO
② ISOLAMENTO MEROVIRUM
③ REVISÃO E FAVOS DE FIA + BANHA DE REVISÃO
④ LIMADA ST SFU.91 + HEMOSTASE APÓS SOTAS CAVO
⑤ CÔNICAS DE EMERGÊNCIA NO FOCO
⑥ TEMPORIN INGRESSO
⑦ SOTAMA + CAVADA + FIMMA

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO SIM

Especificar:

Dr. Rodrigo F. Contreras
CRM: 007612814-18
CPF: 001.524.324-33

José Felipe de M. Filho
Clínica de Ortopedia e Cirurgia
CRM: 3244

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO:

Dr. Marco Mário Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM: RN 4788 TEOT - 11033
CPF: 761.499.184-04

USO DE DRENO(S)

NÃO SIM Especificar

CONTAGEM DE COMPRESSAS

Quantidade no inicio: _____ Quantidade no término: _____

PEÇAS OPERATÓRIAS

AnáATOMO Patológico Não Sim
 Congelação Resultado

Especificar:

USO DE DRENO(S)

NÃO SIM Especificar

CONTAGEM DE COMPRESSAS

Quantidade no inicio: _____ Quantidade no término: _____

PEÇAS OPERATÓRIAS

AnáATOMO Patológico Não Sim
 Congelação Resultado

DR. MARCÍLIO MARIANO

CRM 4788 TEOT 12.033

CIRURGIAO DE OMBRO E COLOVOLO

ATESTADO MÉDICO

FAGOCO WELLINGTON F. SILVA

Dr. Marcilio Mariano de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4788 TEOT 12.033
08/12/2015

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO
QUE O(A) PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO(A) DEVERÁ
AUSENTAR-SE DE SUAS FUNÇÕES POR UM PERÍODO DE:
15 DIA(S).

CID: S42.2

NATAL, 08/12/2015

Dr. MARCÍLIO MARIANO DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ESPECIALISTA EM OMBRO E COLOVOLO
CRM/RN 4788 TEOT 12.033

Clinica ORTOMEDIC
Edifício Harmony Medical Center - 1º Andar (Sala 106)

NOTA DE SALA

Kit: 413210+

Atendimento:	33252387	Prontuário:	12009159	FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA	HAP NATAL
Cirurgia(s):	30719100	FRATURAS E OU LUXACOES - TRATAMENTO CIRURGICO		Tipo Anestesia:	BLOQ PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA
	31403158	LESAO DE NERVOS ASSOCIADA A LESAO OSSEA	30732026	ENXERTO OSSEO	
Sala Cirúrgica:	SALA CIRURGICA 5 - CC	Setor Emitente:	CENTRO CIRURGICO - HAP NATAL	Apto.:	
Equipe Médica:	CIRURGIAO	940879	MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA	CRM	4780
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	599360	JOAO FELIPE MEDEIROS FILHO	CRM	1114
	ANESTESISTA	1098756	RODRIGO FREIRE DE CARVALHO	CRM	5249

lente: Verdone Ind: Paula

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Materials Médico-Hospitalares					
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	6	34290	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	6
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	6	09144	ANTIAZ AMPL 2 ML	1
104065	AGULHA STIMPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	139799	CLONIDIN 150MG AMPL 1 UD	1
01139	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	36811	DICADRON 4 MG FR 2.5 ML FRAP 2.5 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	38008	DIPRIRON 1 G AMPL 2 ML	
00163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	49542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	40037	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	
00210	CATETER INTRA VENOSO 22 (JELCO) - 1 UD	1	139823	FENTANI 2ML AMPL 2 ML	
26182	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 - 1 UD	20	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	
7910	ELETRODO PIMONITO DESCARTAVEL C/0 - 1 UD	2	91529	NAROPIN SP 1.3MG AMPL 20 ML	
55328	EQUIPO POLIFIX 2 VIAS - 1 UD	1	120106	ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML	
34004	EQUIPO SIMPLES CINJETOR LATERAL - 1 UD	1	13800	SORO FISIOLOGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	
50987	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	30	119786	ITALIL 40MG AMPL 1 UD	
70093	FIOS DE CERCLAGEM - 1 UD	1	49217	XYLOCAINA GELEIA 2% BSN 30 GR	
31879	FO KIRSCHNER - 1 UD	2	45250	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL AMPL 20 ML	
32220	FO VICRYL 0 - 1 UD	2			
02239	FO VICRYL 2-0 - 1 UD	2			
00597	GAZE SECA 1.5 X T.5 NAO ESTERIL PCT 500 UD	60			
10857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	6			
50954	LAMINA DE BISTUR 15 - 1 UD	1			
00635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4			
00651	LUVA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	1			
00660	LUVA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	2			
20678	LUVA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA	2			
60822	MASCARA DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	20			
32379	POVIDINE DEGERMANTE FRAS 1000 ML	20			
52360	POVIDINE TOPICO FRAS 1000 ML	10			
50849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	6			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	6			
30873	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	6			
30861	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
Gases / Aparelhos					
	TAXA DE SALA			Inicio: 14:30 Fim: 15:30	
	MONITOR DE DEBITO CARDIACO			Inicio: 14:30 Fim: 15:30	
	CAPINOGRAFO			Inicio: 14:30 Fim: 15:30	
	ASPIRADOR			Inicio: 14:30 Fim: 15:30	
	OXIGENIO			Inicio: 14:30 Fim: 15:30	
	BISTURI ELECTRICO			Inicio: 14:30 Fim: 15:30	
	MONITORIZACAO			Inicio: 14:30 Fim: 15:30	
	OXIMETRO DE PULSO			Inicio: 14:30 Fim: 15:30	



ANTONIO
PRUDENTE
Natal

EVOLUÇÃO MÉDICA

Unidade

Leito:

Atendimento: 33252387

Nome: Francisco Wellington Júnior

DIAGNÓSTICO

MEDICAMENTOS EM USO

HORA	DATA	EVOLUÇÃO
08	12/10/15	Passageiro - PAF. DNI CRM (5)
09	13/10/15	PROCEDIMENTOS SI PTERODACTYLAS
12	13/10/15	Dr. Marcelo Maricello Oliveira Ortopedista e Traumatologista CRM / RN 4788 TECOT - L2033 CPF 761.499-194-04
15	13/10/15	Dr. Marcelo Maricello Oliveira Ortopedista e Traumatologista CRM / RN 4788 TECOT - L2033 CPF 761.499-194-04
		SAÍDA EM ALTA



NOME: FRANCISCO WELLINGTON

Nº DO PRONTUÁRIO:

ENF.:

LEITO:

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudanças de diagnóstico, condições ao serem dadas altas, instruções ao paciente, devendo toda a anotação ser assinada pelo profissional que a fez.
EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA

29/12/2015 PÓS-OP 1 - OSTEOSÍTESE DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ.

PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.

Dr. Mário Mariano da Oliveira
Ortopedista e Traumatologista
CRM-SP 3769 TECOT 142037

30/12/2015 1º DPO - OSTEOSÍTESE DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ

PACIENTE SEM QUEIXAS.

AO EXAME: EGB, CONSCIENTE, EUPNÉICO
OMBRO ESQ: FO SECA

CD: ALTA MÉDICA

Dr. Mário Mariano da Oliveira
Ortopedista e Traumatologista
CRM-SP 3769 TECOT 142037



**ANTONIO
PRUDENTE**
Natal

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

Nome do paciente: Flávia Leito: 2018-B Dias de internação:
Idade: _____ Unidade: PF
HD: _____

ROTEIRO DE ORIENTAÇÃO PARA EVOLUÇÃO

1. Nível de Consciência e Comportamento
 2. Comunicação / Respostas
 3. Locomoção / Sono e Repouso
 4. Tórax / Suporte Respiratório e Cardíaco
 5. Ingesta
 6. Abdome / Sistema Respiratório
 7. Eliminações

EXAME FÍSICO

8. Controles Vitais (Média do Período)
 9. Drenos, Sondas, Catéteres e Ostomias
 10. Membros / Sistema Vascular
 11. Pele / Evolução da Ferida
 12. Sinais e Sintomas Referênciais
 13. Exames e Procedimentos Realizados
 14. Orientações e Adicionais do Enfermeiro

DR. MARCILIO MARIANO

CRM 4788 TEOT 12.033

CIRURGIÃO DE OMBRO E COTOVELO

RETORNO MÉDICO

FRANCISCO WELLINGTON

HAPCLÍNICA DO ALECRIM

6A FEIRA - 07:30H

15.01.2016

PROCEDIMENTO: OSTEOSÍNTESE DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ

29/12/2015

NATAL, 30/12/2015



Dr. MARCÍLIO MARIANO DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ESPECIALISTA EM OMBRO E COTOVELO
CRM/RN 4788 TEOT 12.033

Clínica ORTOMEDIC
Edifício Harmony Medical Center - 1º Andar (Sala 106)
Rua Coronel Joaquim Manoel, 615, Pétropolis, Natal/RN, 59.012-330



ANTONIO
PRUDENTE
Natal

BOLETIM DE CIRURGIA

Nº Leito:

Atendimento:

Nome: Francisco Wellington Fernandes da Silva

Idade:

Data: 29/12/2015

Sexo: M

Diagnóstico Clínico:

Diagnóstico Cirúrgico:

CIRURGIA PROPOSTA

- Fratura de 1º ou 2º grau de um osso de punho e/ou dedos
- Fixação de 1º ou 2º grau
- Transfereências musculares ou níveis de tendões

PROCEDIMENTO REALIZADO

Dr. Marcilio Mariano de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4788 TEOT - 12033

TIPO DE ANESTESIA

Sedativo EV + Bloqueio de 7 deles
Associado com Ultrassom

MATERIAL ESPECIAL LIBERADO

José Felipe de M. Filho
Cirurgião de Ortopedia e Coluna
CRM 3844

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO

LIMPA	CONTAMINADA	POTENCIALMENTE CONTAMINADA	INFECTADA
X			

INÍCIO: 12:00 hs

TÉRMINO: 13:00 hs

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

DRAGONE em cima de forma de forma de festão
GESSADA + ARTICULADA + CRM
@MCDR em sobre CRM (F)
④ Abertos foram LEN - TMB CRM
⑤ Redon e Froux da F + o FUS bala
⑥ UNIR c/ SF 0° + 1450um
⑦ PDRON DE SISTEMA RENAS W CRM 1600
⑧ DREN c/ FUSIS HEN - TMBW.
⑨ USUARIA + CRMW + CRMW

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO: NÃO SIM

Especificar:

Dr. Rodrigo Cavalcanti
CRM/RN 4788 TEOT
CRM 5249

Dr. Marcilio Mariano de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4788 TEOT - 12033

José Felipe de M. Filho
Cirurgião de Ortopedia e Coluna
CRM 3844

MATERIAL ESPECIAL UTILIZADO:

USO DE DRENO(S)

NÃO SIM Especificar: _____

CONTAGEM DE COMPRESSAS

Quantidade no inicio: _____ Quantidade no término: _____

PEÇAS OPERATORIAS

Anatomia Pato. Ben. Não Sim
 Congelação Resultado
Especificar: _____

USO DE DRENO(S)

NÃO SIM Especificar: _____

CONTAGEM DE COMPRESSAS

Quantidade no inicio: _____ Quantidade no término: _____

PEÇAS OPERATORIAS

Anatomia Pato. Ben. Não Sim
 Congelação Resultado
Especificar: _____



ANTONIO
PRUDENTE
Natal

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM
NOME DO PACIENTE: *Flávio Wellington*
ATENDIMENTO: *LEITO 20183* UNIDADE:
DATA: *29/12/15*

CARIMBO/ASSINATURA

HORA

HORA *16h*. Paciente no pós operatório con-
ciente orientado em OS ambulante
e sem dor. Sintomas
SSV mantidos. Sinais
em observação

CARIMBO/ASSINATURA

Spelmiss

HORA

05:00 Paciente consciente orientado em
OS ambulante, pós cirúrgico medeidos
conforme prescrições médica, SSV
aparência, se que OS cuidado da equi-
pagem

CARIMBO/ASSINATURA

H6T=151

HORA:	PA: <i>120 x 80</i>	MMHG	T: <i>36,1</i> °C	P: <i>68</i>	BPM	R: <i>22</i>	RPM	ASS: <i>gol.1 min</i>
HORA:	PA: <i>120 x 60</i>	MMHG	T: <i>36,7</i> °C	P: <i>68</i>	BPM	R: <i>18</i>	RPM	ASS: <i>5</i>
HORA:	PA: <i>X</i>	MMHG	T: <i></i> °C	P: <i></i>	BPM	R: <i></i>	RPM	ASS: <i></i>
HORA:	PA: <i>X</i>	MMHG	T: <i></i> °C	P: <i></i>	BPM	R: <i></i>	RPM	ASS: <i></i>



ANTONIO
PRUDENTE
Natal

CHECK LIST CIRURGIA SEGURA

33
Francisco Wellington Fernandes do Amar
Nome: Francisco Wellington Fernandes do Amar
Prontuário: 12201129
Médico: Dr. Wellington
Data de admissão: 21/12/15

DADOS DA ADMISSÃO

Data da cirurgia: 29/12/2015

Horário

Cirurgia

Equipe cirúrgica:

Marque com um "X" as opções do checklist:

ANTES DE ENCAMINHAR AO CC - CONFIRMAR (Enfermagem do setor de admissão do paciente)			Setor:			
ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Identidade do paciente:	X		Exames de imagem:			
Avaliação pré-anestésica:	X		Retirada de adesivos/protese e guarda adequadamente:			
Informação de lateraldade pelo MA:	X		Termo de consentimento com edição:			
Confirmação de vaga em UTI:	X		Termo de consentimento concedido:			
Exames laboratoriais:	X		Confirmação de reserva de sangue:			
Tricotomia até 2h antes:	X		ASSINATURA:			

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista do BO):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Confirmar identidade do paciente:	X		Confirmada reserva e disponibilidade de sangue:			
Prontuário ativo:	X		de perda sanguínea >500ml/adulto - Tratamento:			
OPME checado:	X		Via aérea difícil / risco de aspiração:			
Checagem completa dos equipamentos:	X		Confirmação de sangue:			
Alergias conhecidas:	X		Checagem completa das medições a serem utilizadas:			
Esquadrifar:	X					

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/cirurgião):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Membros da equipe cirúrgica:	X					
Cirurgião, anestesista e enfermeira verbalmente confirmam:						
Lateralidade do procedimento:	X					
Paciente certo:	X					
Sítio cirúrgico identificado:	X					

ANTECIPAÇÃO DE EVENTOS CRÍTICOS:

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Revisão do cirurgião:						
Há material/instrumental específico para o procedimento a ser realizado:	X					
Checkou equipamento necessário ao procedimento e o funcionamento:	X					
Antibioticoprofilaxia realizada nos últimos 60 min:	X					
Revisão do anestesista:						
Checkou materiais e medicamentos necessários à anestesia a ser aplicada:	X					
Revisão da enfermagem:						
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando:	X					
Esterilização do material confirmada e validada:	X					

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO - CONFIRMAR (Enfermagem/anestesista/cirurgião):

ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	ITENS DE VERIFICAÇÃO	S	N	NSA
Todos os registros relativos ao procedimento devidamente realizados:						
Realização da contagem e conferência de materiais, instrumentais, compressas e/ou agulhas de sutura:						
Identificação e acondicionamento correto do material a ser encaminhado para a análise laboratorial e/ou anatomia patológica:						
Preenchimento de guias e/ou relatórios pelo médico cirurgião:						
Manter cabeceira do leito elevado 30° a 45°:						
Orientação de posicionamento de membros:						
Orientação de cuidados com drenos e sondas:						



ANTONIO
PRUDENTE
Natal

PERI-OPERATÓRIO

Nome: FRANCISCO WELLINGTON F. RS 2W0 Idade: 33
Convênio: SUS/UF/PI Unidade: Atendimento: 33938292

1. ORIGEM DO PACIENTE

Emergência Residência Posto de Enfermagem Outro Hospital Especificar:

2. PRÉ OPERATÓRIO

2.1 Tipo de Cirurgia Emergência <input type="checkbox"/> Eletiva <input checked="" type="checkbox"/>	2.2 Data da cirurgia 29/12/15	2.3 Procedimento cirúrgico proposto: FRACTURA DE CANÍ- CAVA E COLORDS	2.4 Pulseira de identificação: MSF <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> Não se aplica <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	2.5 Recebido por: JESUS MORAES Data: 29/12/15
2.6 Sinais vitais T: 37 FC: 62 FR: _____ PA: 110 x 70	2.7 Pré anestésico Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Medicação em uso:	2.8 Orientações Cirurgia <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/>	2.9 Alergias N/DO	2.10 Estado emocional Medo <input type="checkbox"/> Tranquila <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativa <input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Indiferença <input type="checkbox"/>
2.11 Antecedentes Obesidade <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Bronquite/Aasma <input type="checkbox"/> Secreção <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Hipertensão Maligna <input type="checkbox"/> Tabagismo <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Outro: NÉGA TUDO	2.12 Cirurgias Anteriores FRACTURA DE COTOVelo E	2.11 Preparo Higienização <input type="checkbox"/> Tricotomia <input type="checkbox"/> Prótese <input type="checkbox"/> Reserva de Hemoderivados: Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____ Jejum <input type="checkbox"/> desde às 20 horas. Preparo do cólon <input type="checkbox"/> Satisfatório - Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Adornos Esmalte e Maquiagem <input type="checkbox"/>		
2.14 Exames: Sangue <input type="checkbox"/> U.S. <input type="checkbox"/> RX <input type="checkbox"/> Ecocardiograma <input type="checkbox"/> Especificar: (OSS* DE MOLHO JÁ VOU).				

3. INTRA - OPERATÓRIO

3.1 Recebido por Enf ^o <input type="checkbox"/> Téc <input checked="" type="checkbox"/> MURIOZ Hora: 12:00 Sala: 3	3.2 Condições da pele: BOA	3.3 Entrada na S.O. Anestesia inicio: 12:09 Hs. Término: 13:00 Hs. Cirurgia inicio: 11:50 Hs. Término: 12:30 Hs. Instrumentador: RAYANE Circulante: RICARDA	3.4 Sinais vitais PA: 120 x 70 FC: 79 Sat O2: 96 R:
3.5 Posição do paciente durante o ato operatório: Dorsal <input type="checkbox"/> Ventral <input type="checkbox"/> Ginecológica <input type="checkbox"/> Lateral D <input type="checkbox"/> Lateral E <input type="checkbox"/> Ortopédica <input type="checkbox"/> Proclive <input type="checkbox"/> Trendelenburg <input type="checkbox"/> Outros:	3.6 Membro ou lado a ser operado: Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo <input type="checkbox"/>	3.7 Solicitações: Sangue <input type="checkbox"/> ml Plasma <input type="checkbox"/> Anatomogastro <input type="checkbox"/> Catártica <input type="checkbox"/> Exame laboratorial <input type="checkbox"/>	
3.8 Solução anti-séptica utilizada: Clorexedine alcoólico <input checked="" type="checkbox"/> Eter <input type="checkbox"/> Outros: _____ Clorexedine degermante <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input checked="" type="checkbox"/> PVPI tópico <input type="checkbox"/> PVPI degermante <input type="checkbox"/>	3.9 Grau de Contaminação: Limpia <input type="checkbox"/> Contaminada <input type="checkbox"/> Potencialmente contaminada <input type="checkbox"/> Infectada <input type="checkbox"/>		
3.10 Bisturi: Elétrico <input type="checkbox"/> Nº Serie: _____ Bipolar <input type="checkbox"/> Nº Serie: _____	3.11 Uso do Colchão térmico: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Nº de Serie: _____ Temperatura: 20min _____, 20min _____, 20min _____ 20min _____, 20min _____, 20min _____ 20min _____, 20min _____, 20min _____	3.12 Material/Equipamento trazido por terceiros: Material: _____ Fornecedor: _____ Data esterilização: _____	
3.13 Nº de compressas utilizadas: Quantidade no inicio: 10 Quantidade no término: 10	3.13 Condições da pele ao término da cirurgia: BOA	3.14 Medicações / hora: 06:00 2 KEPH 205, 01 DENDRINA, 01 PIP 2, 01 NUSCOPAN, 01 TIAK, 01 LACTIC	
3.15 Encaminhado para: SRPA <input type="checkbox"/> Hora: 13:10 Unidade de internação <input type="checkbox"/> Especificar: _____	Unidade de internação <input type="checkbox"/> Especificar: _____	UTI <input type="checkbox"/> Hora: _____ Horário de saída da S.O. _____	
Localização de: ELETRODOS <input type="checkbox"/> INCISÃO CIRÚRGICA <input type="checkbox"/> DRENO <input type="checkbox"/> PLACA DE BISTURI <input type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA <input type="checkbox"/> COXIM <input type="checkbox"/> CATETERES AE <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> FIO DE MARCAPASSO () <input type="checkbox"/>	Observações/intercorrelações: _____		
Etiquetas do material terceirizado:		Integrador Químico	

NOTA DE SALA

Kit. 4917510

HAPVIDA

Atendimento:	33538272	Prontuário:	12009159	FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA
Cirurgia(s):	30717108	FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVALSOES - TRATAM.		Tipo Anestesia: BLOQ.PLEXO-BRAQUAL+SEDACÁ
	30732026	ENXERTO OSSEO	30717167	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO
Sala Cirúrgica:	SALA CIRÚRGICA 5 - CC	Setor Emitente:	CENTRO CIRÚRGICO - HAP NATAL	Apto.:
Equipe Médica:	CIRURGIAO	540679	MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA	CRM 4788
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	599360	JOAO FELIPE MEDEIROS FILHO	CRM 3644
	ANESTESISTA	1098756	RODRIGO FREIRE DE CARVALHO	CRM 5249

Cirurg. Richard

Inst. Rayone

Código	Especificação	Qtd	Código	Especificação	Qtd
Material Médico-Hospitalares					
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	6	89144	ANTAK AMPL 2 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	6	139799	CLONIDIN 150MG AMPL 1 UD	1
134865	AGULHA STIMPLEX 50 G-22X2 - 1 UD	1	36811	DECADRON 4 MG FR 2,5 ML FRAP 2,5 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	10	34008	DIPRIVAN 1 G AMPL 2 ML	2
61063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2	46542	DIPRIVAN 70ML AMPL 20 ML	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	40037	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
30201	CATETER INTRA-VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	139923	FENTANIL 2ML AMPL 2 ML	1
26182	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 - 1 UD	20	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
27910	ELETRODO PIMONITOR DESCARTAVEL C3 - 1 UD	2	91529	NAROPIN SP 7,5MG AMPL 20 ML	1
55328	ECUPOU POUFIX 2 VIAS - 1 UD	1	120106	ONDANSETRONA 8MG AMP AMPL 4 ML	1
50997	ESPARADRÁPO TUBO 450 CM	20	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	3
31879	FIO KIRSCHNER - 1 UD	2	119785	TILATE 40MG AMPL 1 UD	1
31941	FIO MONOCRYL 4-0 - 1 UD	1	45217	XYLOCAINA GELEIA 2% BISN 30 GR	5
149145	FIO NP84340 NYLON 4-0 PS ENV 1 UD	1	45250	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL AMPL 20 ML	1
32239	FIO VICRYL 2-0 - 1 UD	1			
30597	GAZ SECA 7,5 X 7,5 NAO ESTERIL PCT 500 UD	20			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	6			
60954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
60938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	4	19		
30651	LUVA DESC.ESTERIL N-7,0 - 1 PA	1	8		
30660	LUVA DESC.ESTERIL N-7,5 - 1 PA	2	7		
30678	LUVA DESC.ESTERIL N-8,0 - 1 PA	2	8		
50822	MASCARA DESCARTAVEL PCT 100 UD	5	20		
61004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	20	15		
62360	POVIDINE TOPICO FRAS 1000 ML	20	16		
50849	PROPEX DESCARTAVEL PCT 100 UD	6	22		
30064	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	6			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	6			
Medicamentos					
Gases / Aparelhos					
TAXA DE SALA Início: 12:00 Fim: 13:00					
MONITOR DE DEBILIT CARDIACO Início: 12:00 Fim: 13:00					
CAPINOGRAFO Início: 12:00 Fim: 13:00					
ASPIRADOR Início: 12:00 Fim: 13:00					
OXIGENIO Início: 12:00 Fim: 13:00					
BISTURI ELÉTRICO Início: 12:00 Fim: 13:00					
MONITORIZAÇÃO Início: 12:00 Fim: 13:00					
OXIMETRO DE PULSO Início: 12:00 Fim: 13:00					

FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33538272

!DXuk

29/12/2015 10:01:54

INTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

RG	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento
159	FRANCISCO WELLIGTON FERNANDES DA SILVA	M	20/05/1982
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil
1952592 SSP RN	1042983402		1-CASADO

Endereço

R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM-RN CEP:59143120

Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe
987099108		MARIA NILZA FERNANDES DA SILVA

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor

134020 RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
19/12/2015	10:01		Clinica
Médico Atendente			4-CIRURGICA
140879 MARCILo MARIANO DE OLIVEIRA			Tipo Atendimento
Médico Acompanhante			8 DAYCLINIC INTERNACAO
140879 MARCILo MARIANO DE OLIVEIRA			

Validação médica

2018-3

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	WMS SUPERMERCADOS DO BRASIL LTDA
222-HAPVIDA	6-PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
53293000200001011		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação		
RPA - REPOUSO POS ANESTESICO	634055 LEITO 05 RPA		
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
780215	99996666	991546121	INTERNACAO
780215	30717108	991546121	FRATURAS E/OU LUXACOES E/OU AVULSOES - TRATAMENTO CIRURGICO
780215	30732026	991547543	ENXERTO OSSEO
780215	30717167	991547993	TRANSFERENCIAS MUSCULARES AO NIVEL DO OMBRO - TRATAMENTO CIRURGICO

2018-3

Leito
01

Dr. Rodrigo P. Correia
CRM 5249
CPF 007.612.874-18

Dr. Marcilio Mariano de Oliveira
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RN 4788 TEOT - 12033

João Felipe de M. Filho
Cirurgia de Ortopedia e Coluna
CRM 1044



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIO X HAP NATAL - VI NATAL

Data 29/12/2015

Nº Pedido: 13689311

Pag 1 de 1

Paciente...: 12009159 FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILV Sexo: M
Nascimento: 20/05/1982 RG: 1952592 CPF: 1042983402
Endereço: R MARIA DE JESUS FRANCA 56 VALE DO SOL PARNAMIRIM RN 591
Convenio: HAPVIDA Tel.: 987099108
Matrícula: 502930002000010111
Solicitante: Dr(a) MARCILIO LINS AROUC

Exame:
RX CLAVICULA

!DXukl

3353827231

LAUDO:

Exame de controle pós-operatório de fixação metálica de fratura em clavícula

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

COSMO ALVES DE AQUINO
CRM 4252 - RN



ANTONIO
PRUDENTE
Natal

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

Nome do paciente: Francisco Wellington F. Marques

Atendimento: _____ Leito: **58** Unidade: _____

Data: 80, 10, 15

MANHĀ

HORA	Observação de Enfermagem	CARIMBO / ASSINATURA
10:00	paciente consciente e orientado em 0 ^o conflito me HVP, PON - energia, ação: medição do monit, conforme, prescrições médica, opinião SS UV	

TARDE

NOTE

SINAIS VITAIS



HOSPITAL AND UNION HALL - 362-8
PHONE: 333-3203-5000

27

29

NUTRIÇÃO ENTEROCLÍNICA

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO WELLINGTON F S A
 LEITO: CONVÊNIO: HAPVIDA ATENDIMENTO:

DATA: 30/12/2015

NUTRITIONAL ENTHUSIASM

DESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIO

PRECAUÇÃO

1º DPO - OSTEOSSÍTESE DE CLAVÍCULA DISTAL ESQ

110

OX GENO UG. DESUG.

ALTA MÉDICA

GLICEMIA

CONTROLE SSVV

HORA PA T R PULSOS



HOSPITAL ANTÔNIO PRUDENTE - PRESÍDIO MÉDICO

FONE: (34) 3203-5000

PREScrição MÉDICA - Apêndice

Nº Prescrição: 0068359725
Paciente: FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

Prontuário: 12009159
Convenio: HAPVIDA

Data: 30/12/2015
Posto: PÓS STANDAR - ALA B
Peso: 70,00 KG

16/12/2015
22

Atendimento:

33538272
FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

PREScrição MÉDICA

1. DIETÁGERAL ADULTO / PARA POS CIRURGIA

4/4h ORAL

2. Hidratação	4 Fases	Vol. Total:	500 ml	40.00 gts/min Acesso Periférico	08:00	14:00	20:00	31/12-02:00
2. Hidratação	2 Fases	Vol. Total:	500 ml	40.00 gts/min Acesso Periférico	08:00	20:00		
3. Hidratação								
3. Hidratação								
4. KEFAZOL (1,0g) (D22)	Agua Destilada	1g	500 ml 1FRAP (C:1GR) 18 ml	8/8h	EV	10:00	18:00	31/12-02:00
5. PLAMET (5,0mg/ml)	Agua Destilada	10mg	2ML (AMPL C:10MG) 18 ml	8/8h	EV	SN		
6. OMEPRAZOL (40,0mg)	Agua Destilada	40mg	1FRAP (C:40MG) 18 ml	24/24h	EV	06:00		
7. DIPIRONA (500,0mg/ml)	Agua Destilada	1g	2ML (AMPL C:500MG) 18 ml	6/6h	EV	SN	14:00	
8. TRAMAL (50,0mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMPL C:100MG) 100 ml se dor intensa	8/8h	EV	SN		
9. TILATIL (20,0mg)		20mg	1FRAP (C:20MG)	12/12h	EV	06:00	20:00	
10. CURATIVO GRANDE						08:00		
11. SINAIS VITAIS								
12. OXIMETRO DE PULSO								
13. TIPOJA MSE								
Reservado para o SIND								
ENTEROFIX	Ass							

D: Macilio Matos de Oliveira
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 4788 TEF: - 2633



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33204444



25/01/2016 11:14:01

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente			Sexo	Nascimento	Idade
12009159	FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA			M	20/05/1982	33
RG	CPF	Carteira Profissional			Estado Civil	
1952592 SSP RN	1042983402				1-CASADO	
Endereço						
R MARIA DE JESUS FRANCA,56 - VALE DO SOL, PARNAMIRIM(RN) CEP 59143120						
Telefone Residencial	Telefone Trabalho					
987099108						

DADOS DO CONVENIO

Convenio	WMS SUPERMERCADOS DO BRASIL LTDA		
222 HAPVIDA	6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA -		COLETIVO
Carteira	Validade		
53293000200001011			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
04/12/2015	17:40		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente		Clinica	
83566619 BRUNO MUNIZ DE LIRA BORGES		6-TRAUMATOLOGICA	
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33249284



25/01/2016 11:20:02

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade		
12009159	FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA	M	20/05/1982	33		
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil			
1952592 SSP RN	1042983402		1-CASADO			
Endereço						
R MARIA DE JESUS FRANCA,56 - VALE DO SOL, PARNAMIRIM(RN) CEP 59143120						
Telefone Residencial	Telefone Trabalho					
987099108						

DADOS DO CONVENIO

Convenio	WMS SUPERMERCADOS DO BRASIL LTDA	
222 HAPVIDA	6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
53293000200001011		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
08/12/2015	09:41		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
1189948 GUSTAVO MONTENEGRO SOARES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA

HAP
Hospital
Adolescente

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
33219632



25/01/2016 11:17:02

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12009159	FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA	M	20/05/1982	33
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
1952592 SSP RN	1042983402		1-CASADO	
Endereço				
R MARIA DE JESUS FRANCA,56 - VALE DO SOL, PARNAMIRIM(RN) CEP 59143120				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987099108				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	WMS SUPERMERCADOS DO BRASIL LTDA	
222 HAPVIDA	6 PLANO EMPRESA VIDA TOTAL ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
53293000200001011		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
634020-RECEPCAO EMG ADULTO - HAP NATAL			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
06/12/2015	07:58		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			
940879 MARCILIO MARIANO DE OLIVEIRA			
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA - ROSELI BORGES DA SILVA



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160661200 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO TERRA DO SOL

ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO FRANCISCO WELLINGTON FERNANDES DA SILVA

CPF/CNPJ: 01042983402

Posição em 06-09-2017 10:20:12

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados

informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
28/11/2016	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas [\(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente [\(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte [\(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis [\(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)



PAGUE SEGURO

Como Pagar [\(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados [\(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Informações Gerais [\(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)



ACOMPANHE O PROCESSO